CDC
Centers for Disease Control and Prevention

MSPAS

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

SNF

DIGESTYC

ISSS

unicef

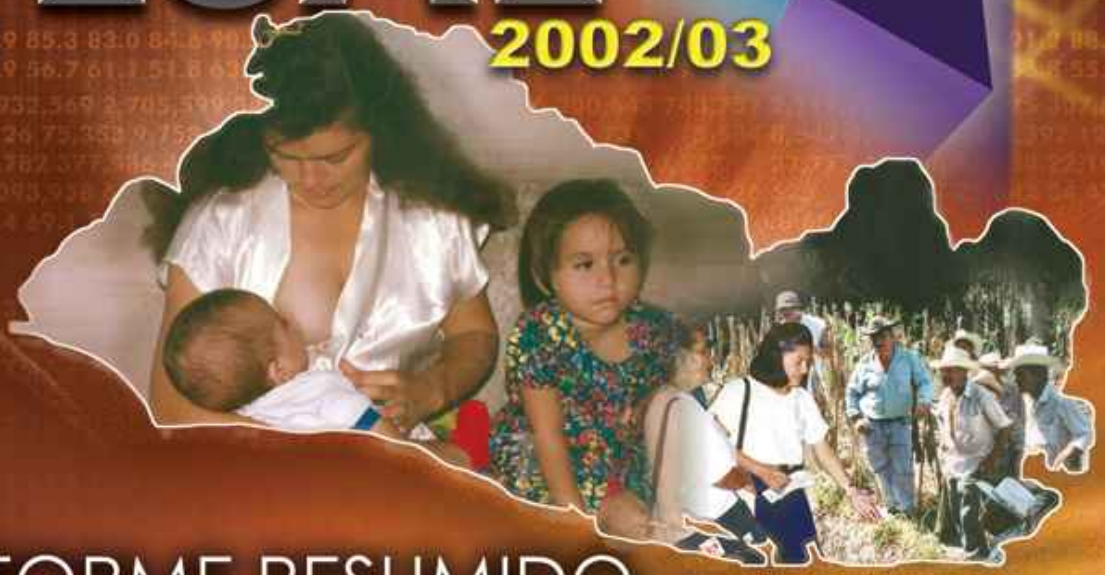
UNFPA

OPS/INCAP

República de El Salvador, C. A.

Encuesta Nacional de Salud Familiar

FESAL 2002/03



INFORME RESUMIDO

USAID
UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

octubre de 2003

Presentación

El presente informe contiene un resumen de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2002-2003 (FESAL-2002/03), conducida bajo la responsabilidad directa de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), con la participación activa del Comité Consultivo Interinstitucional integrado por: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Ministerio de Educación (MINED), el Ministerio de Relaciones Exteriores (M.RR.EE.), la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), la Secretaría Nacional de la Familia (SNF), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud/Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (OPS/INCAP), y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/El Salvador), que a su vez está brindando más del 90 por ciento del apoyo financiero para la ejecución de la encuesta, bajo los términos del convenio No. 519-A-00-99-000-92-00. En todo este proceso, como en las encuestas previas, se contó con la asistencia técnica de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, Atlanta, Georgia, USA.

Al poner a disposición el presente informe resumido de FESAL-2002/03, las instituciones participantes mantenemos como propósito central, satisfacer las necesidades de información sobre población y salud de las instituciones y personas que dedican esfuerzos para implantar políticas, estrategias, programas y proyectos, que contribuyan a mejorar la calidad de vida y especialmente la salud de los(las) salvadoreños(as).

Como Presidente de la Asociación Demográfica Salvadoreña deseo expresar mi especial agradecimiento a todas las instituciones, que con su apoyo permitieron en tan corto tiempo, poner a su disposición este primer informe. Es oportuno mencionar que antes de que finalice el primer semestre del año 2004, estará disponible el informe final de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2002-2003, cumpliendo así nuestro compromiso con el país.

Ing. Mario Antonio Andino
Presidente

San Salvador, octubre de 2003

Índice de Contenido

Presentación

Antecedentes 3

Características generales 4

Fecundidad 6

Niveles y tendencias de la fecundidad 6

Determinantes de la fecundidad 7

Preferencias reproductivas 8

Planificación familiar 10

Conocimiento de métodos anticonceptivos 10

Tendencias de la prevalencia de uso de anticonceptivos 10

Diferenciales en la prevalencia de uso de anticonceptivos 11

Fuente de anticonceptivos 13

Población que no usa anticonceptivos 14

Salud reproductiva en la población de 15 a 24 años de edad 16

Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos 16

Primer embarazo y sus consecuencias 17

Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/SIDA 19

Conocimiento sobre el VIH/SIDA 19

Actitudes ante el VIH/SIDA 20

Prácticas y conductas de riesgo 21

Violencia de pareja 23

Violencia de pareja 23

Violación sexual 25

Salud materna 27

Mortalidad materna 27

Uso de los servicios de salud materna 27

Resultado del último embarazo y partos por Cesárea 29

Mortalidad infantil y en la niñez 31

Tendencias de la mortalidad 31

Diferenciales de la mortalidad 31

Lactancia materna y estado nutricional 33

Lactancia materna 33

Estado nutricional 34

Salud del(a) niño(a) 36

Monitoreo del crecimiento y desarrollo 36

Niveles de inmunización 36

Prevalencia y tratamiento de la diarrea y de las infecciones respiratorias 38

Situación escolar de la población de 7 a 14 años 40

Asistencia escolar 40

Repitencia escolar 41

Datos básicos de la encuesta con mujeres 42

Datos básicos de la encuesta con hombres 44

Antecedentes

La encuesta FESAL-2002/03 es la octava de una serie de encuestas que desde 1973 ha venido realizando la ADS, para estudiar los diferenciales y las tendencias de la fecundidad y la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil de El Salvador, incorporando a partir de 1985, importantes temas relacionados con la salud materna e infantil. Los resultados de esta serie de encuestas permiten mantener una evaluación periódica del estado nutricional de la población infantil, del proceso de adopción de los servicios de salud reproductiva, de una amplia gama de indicadores de salud y su impacto en los niveles de mortalidad materna e infantil. En esta oportunidad también se realizó por primera vez en la serie de encuestas FESAL, la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM-03) que aborda indicadores sobre la salud reproductiva en los hombres y un módulo sobre violencia de pareja, comparable con el incorporado también por primera vez en la encuesta con mujeres.

Para la realización de la encuesta FESAL-2002/03, se seleccionó una muestra probabilística, aleatoria y representativa al nivel de departamento, que es la división administrativa primaria de la República de El Salvador. Su tamaño es de 18,450 viviendas distribuidas en 615 segmentos censales.

En FESAL-98 se sobremuestreó el departamento de San Salvador para que sus 5 "Departamentales de Salud" tuvieran similar representatividad con el resto de departamentos del país. Para mantener dicha representatividad y poder comparar los resultados de las departamentales entre FESAL-98 y FESAL-2002/03, para la presente encuesta se seleccionaron 4,620 viviendas distribuidas en 5 estratos, que en FESAL-2002/03 son identificados como "zonas". Con el trabajo de campo realizado entre el 4 de noviembre de 2002 y el 15 de abril de 2003, se identificó un total de 11,723 viviendas con mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, elegibles para entrevista y se entrevistaron 10,689 mujeres, logrando obtener

una tasa de entrevistas completas de 91 por ciento. La metodología para la selección de la muestra con mujeres y para la ponderación (expansión) de los resultados, toma en cuenta los cambios ocurridos en la población desde el último censo en 1992, permite que sean representativos al nivel nacional y por departamentos del país, y realizar comparaciones entre FESAL-2002/03 y las encuestas anteriores.

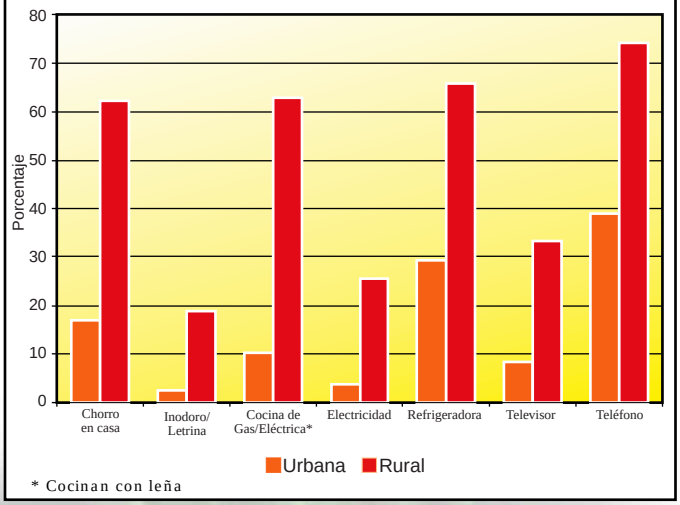
Para la realización de la encuesta ENSM-03, se seleccionó una sub-muestra de la muestra de la encuesta con mujeres, representativa al nivel de estratos de residencia. Su tamaño es de 2,700 viviendas distribuidas en 90 segmentos censales. Con el trabajo de campo realizado entre el 5 de mayo y el 30 de junio de 2003, se identificó un total de 1,650 viviendas con hombres en edad fértil de 15 a 59 años de edad, elegibles para entrevista y se entrevistaron 1,315 hombres, logrando obtener una tasa de entrevistas completas de 80 por ciento.

A continuación se encuentran los resultados sobre los indicadores seleccionados para este primer informe, con la aclaración de que a excepción de lo escrito sobre mortalidad materna, no se incluyen comentarios sobre la evaluación estadística de los datos, ya que los intervalos de confianza para estos indicadores serán presentados en el informe final de la encuesta en referencia.

Características generales

Gráfica 1

Carencia de bienes y servicios relacionados con la salud y las comunicaciones, por área de residencia



* Cocinan con leña

El Salvador es uno de los países más pequeños del Continente Americano. Para el año 2003 la DIGESTYC estimó una población de 6.6 millones de habitantes, en un territorio de 21,040 Kms.^{2}, y como resultado, una tasa de densidad poblacional de alrededor de 315 habitantes por Km.^{2}. Para este mismo año se estimó que el 59 por ciento de la población residía en áreas urbanas y que el 45 por ciento era menor de 20 años de edad.

La dinámica de la población salvadoreña se ha caracterizado por mantener tasas relativamente altas de natalidad y mortalidad, llegando en el período 2000-2005 a estimarse una tasa de crecimiento natural del 1.9 por ciento, lo que implica que la población se estaría duplicando al término de 36 años.

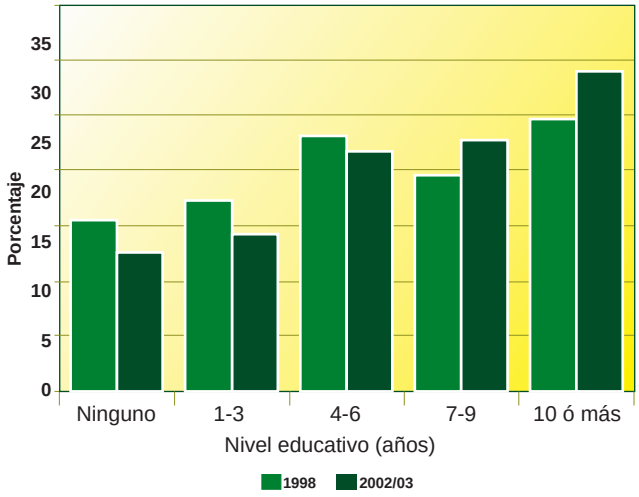
De acuerdo con los resultados de las encuestas FESAL-98 y FESAL-2002/03, se observan mejorías en cuanto a la tenencia de bienes y servicios en la vivienda que pueden influir en las condiciones de salud, así como en las comunicaciones, donde sobresale el incremento significativo (23 por ciento) en la tenencia de teléfono. Sin embargo, a pesar de estas mejorías, el país aún mantiene diferenciales significativos por área de residencia. La Gráfica 1 muestra que las viviendas rurales disponen de menor cantidad de bienes o servicios que las urbanas.

A pesar de las mejorías en cuanto a la tenencia de bienes y servicios en el país, las viviendas rurales aún disponen de menor cantidad de bienes o servicios que las urbanas.

En este mismo período se encontró que los cambios en la distribución de las mujeres, por edad y número de hijos(as) vivos(as) al momento de la entrevista fueron mínimos, no así con respecto al nivel educativo. En los últimos 5 años, el grupo de mujeres sin educación formal descendió 3 puntos porcentuales, en cambio, el grupo con 10 ó más años de escolaridad ascendió 4 puntos (Gráfica 2). Aún con esta mejoría, en la Gráfica 3 se observa que al nivel de país y en las áreas rurales, la escolaridad promedio de los hombres es levemente superior que el promedio de las mujeres, pero en las áreas urbanas es casi un año más alto (9.6 para los hombres contra 8.7 años para las mujeres).

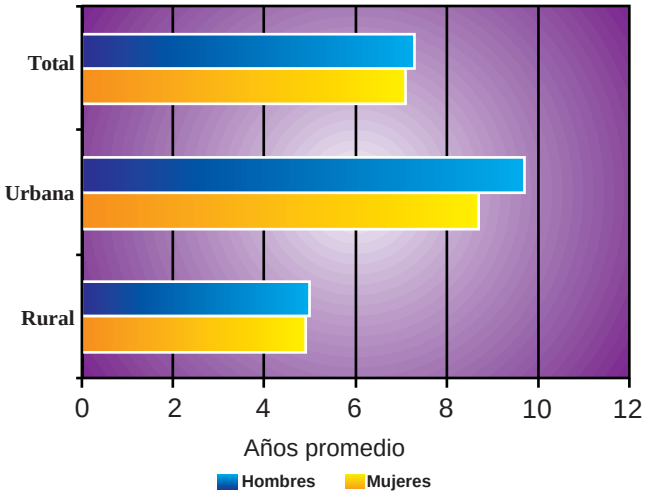
Gráfica 2

Nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años



Gráfica 3

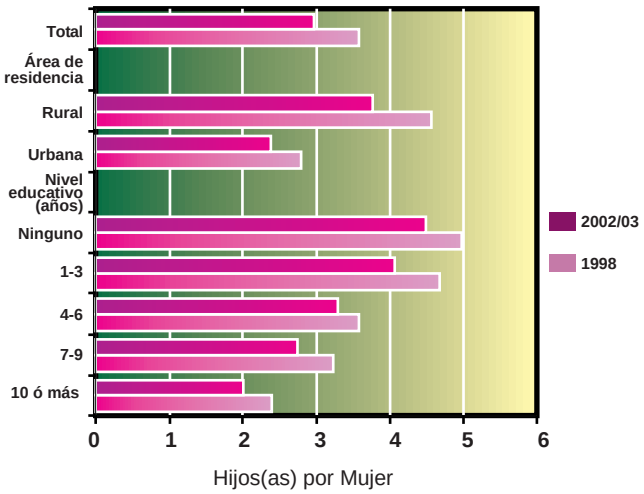
Promedio de años de escolaridad, por área de residencia y sexo (Edades 15 a 49 años)



Fecundidad

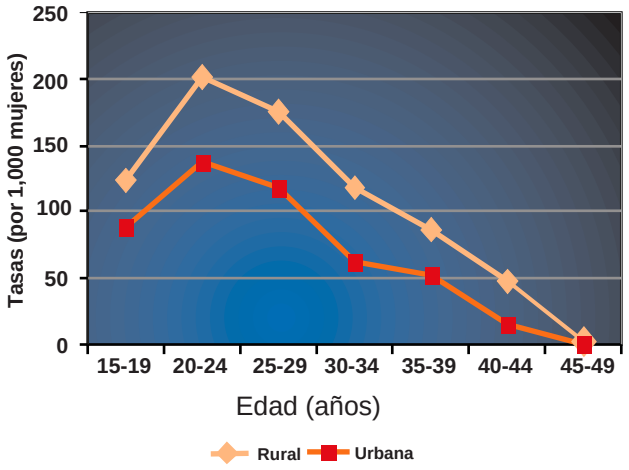
Gráfica 4

Tendencias de la tasa global de fecundidad: FESAL-98 y FESAL-2002/03



Gráfica 5

Tasas específicas de fecundidad, por edad, según área de residencia



Niveles y tendencias de la fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF) de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha descendido alrededor del 53 por ciento en los últimos 25 años, pasando de 6.30 hijos(as) por mujer en el período 1973-1978 a 2.97 hijos(as) por mujer en el período 1997-2002. Entre FESAL-98 y FESAL-2002/03, la TGF bajó de 3.58 a 2.97 hijos(as) por mujer, descenso que fue más notorio en el área rural y en el grupo con 1 a 3 años de escolaridad (Gráfica 4). Con esta tendencia, la TGF de El Salvador se ha llegado a ubicar en el segundo lugar entre las más bajas de la región de Centro América, después de la TGF de Costa Rica estimada en 2.10 hijos(as) por mujer.

Las mujeres del área rural tendrían en promedio casi 1.5 hijos(as) más que las del área urbana, y las de nivel educativo o socioeconómico bajo tendrían 4.5 hijos(as), lo que resulta ser más que el doble que las observadas para los niveles altos

Aún con estos descensos, en El Salvador existen fuertes diferencias por área de residencia, nivel educativo o socioeconómico de las mujeres. De mantenerse invariables los niveles actuales de fecundidad, las mujeres del área rural tendrían en promedio casi 1.5 hijos(as) más que las mujeres del área urbana, y las mujeres sin educación formal o del nivel socioeconómico bajo tendrían en promedio 4.5 hijos(as), lo que resultaría ser más que el doble de lo estimado para las mujeres con 10 ó más años de escolaridad o del nivel socioeconómico alto. Atendiendo al departamento de residencia, la TGF se mueve de 2.39 hijos(as) por mujer en San Salvador a 4.15 en Cabañas. La Gráfica 5 muestra la estructura de la fecundidad por edad, según área de residencia y las gráficas 6 y 7 los diferenciales antes señalados.

Determinantes de la fecundidad

En la encuesta FESAL-2002/03 se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad de un país o región, siendo entre otros: La nupcialidad, la exposición al riesgo de embarazo, la actividad sexual reciente, el intervalo entre los nacimientos, la amenorrea y la abstinencia sexual postparto.

Los resultados indican que alrededor del 57 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años viven en unión conyugal, prevaleciendo entre ellas la unión consensual (30 por ciento). Con respecto a la exposición al riesgo de embarazo, se encontró que las edades medianas a la primera relación sexual (18.4 años) y al primer nacimiento (20.5 años) sólo han subido 1.1 años cada una en los últimos 25 años, pero la edad mediana a la primera unión ha subido 2.1 años (de 18.5 a 20.6 años), lo cual implica que la tasa de embarazos premaritales se ha incrementado. Los diferenciales de las edades medianas de estos tres acontecimientos, según nivel educativo, se presentan en la Gráfica 8.

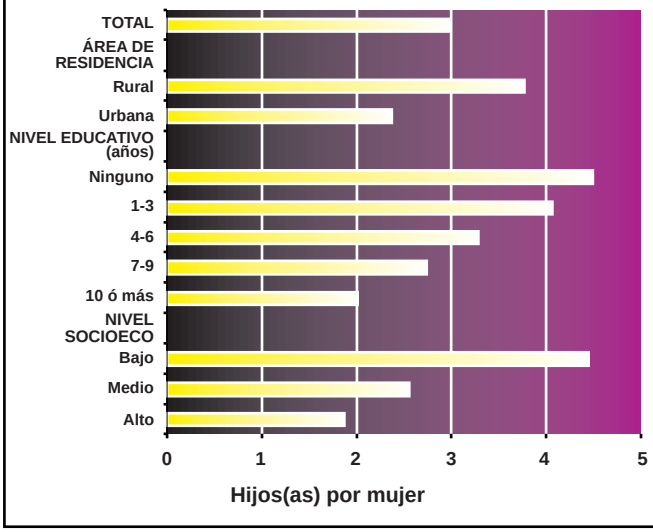
Es evidente que el nivel educativo de la mujer influye de forma determinante en la fecundidad. La edad mediana a la primera relación sexual entre las mujeres que tienen 10 ó más años de escolaridad es 5.1 años mayor que entre quienes no tienen educación formal, 6.5 años para la primera unión marital y 5.8 años para el primer nacimiento.

La mitad de las mujeres de El Salvador ha tenido su primera relación sexual antes de los 19 años, su primera unión antes de los 20 y su primer(a) hijo(a) antes de los 21 años.

El 57 por ciento de los hombres de 15 a 59 años de edad vive en unión conyugal, pero aunque la mediana a la primera relación

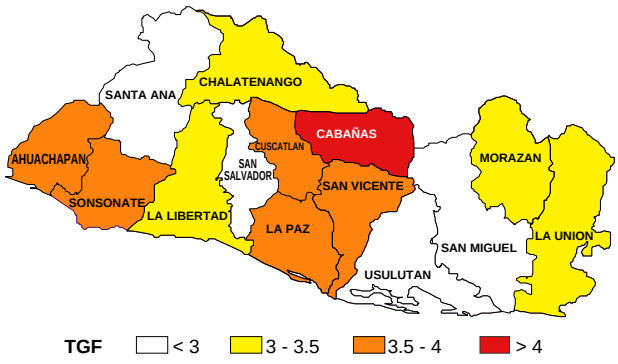
Gráfica 6

Tasa global de fecundidad, según características seleccionadas



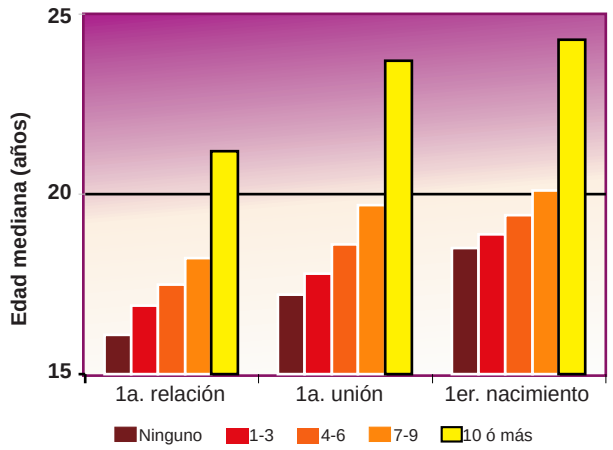
Gráfica 7

Tasa global de fecundidad (TGF), por departamento



Gráfica 8

Edades medianas al momento de cada evento, según nivel educativo de la mujer



sexual (16 años) es aproximadamente un año y medio antes que entre las mujeres de 15 a 49 años, la edad mediana a la primera unión es 2 años después y la del primer nacimiento es casi 4 años después que para las mujeres. Entre los hombres también se encontró que el nivel educativo no influye en la edad mediana a la primera relación sexual, pero sí en los otros dos eventos. Los hombres con 13 ó más años de escolaridad esperan alrededor de 5 años y medio más para su primera unión y 4 años más para engendrar el(la) primer(a) hijo(a) que su contraparte sin educación formal.

Los hombres inician la actividad sexual 2 años antes que las mujeres, pero tienen su primera unión conyugal 2 años después y su primer hijo(a) casi 4 años después que las mujeres.

La protección contra el riesgo de un embarazo inmediato al parto, depende en parte de la práctica de la lactancia, que si es frecuente e intensiva, puede prolongar la duración del período de amenorrea. La protección también se puede prolongar mediante la abstinencia sexual postparto. Ambas, la amenorrea y la abstinencia sexual postparto, constituyen el tiempo postparto no susceptible al embarazo.

Los resultados de FESAL-2002/03 demuestran que la duración de la amenorrea postparto depende principalmente de la duración de la lactancia materna. Uno de los principales diferenciales encontrados entre estos determinantes de la fecundidad, es que las mujeres que ya tienen 3 ó más hijos(as) cuando nace el(la) último(a), tienen en promedio 4 meses y medio más de tiempo postparto no susceptible al embarazo, que las mujeres que han tenido sólo un(a) hijo(a).

Preferencias reproductivas

Atendiendo a los resultados de la encuesta con mujeres, el 58 por ciento de los nacimientos en los últimos 5 años fue planeado, el 18 por ciento fue deseado pero no planeado (no previsto) y

un 24 por ciento no deseado. Los mayores porcentajes de hijos(as) no deseados(as) se encuentran en los siguientes grupos de mujeres: Las solteras o las que ya tenían 6 ó más hijos/as (45 por ciento), las de 30 a 49 años, o entre las que no tienen educación formal (32 por ciento). Estos hallazgos son consistentes con los que se encuentran al desglosar la fecundidad observada en deseada y no deseada, ya que la TGF deseada para los últimos 5 años es de 2.20 hijos(as) por mujer, la cual resulta ser el 26 por ciento menor que la TGF observada (2.97 hijos/as por mujer). La TGF deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados se hubieran evitado.

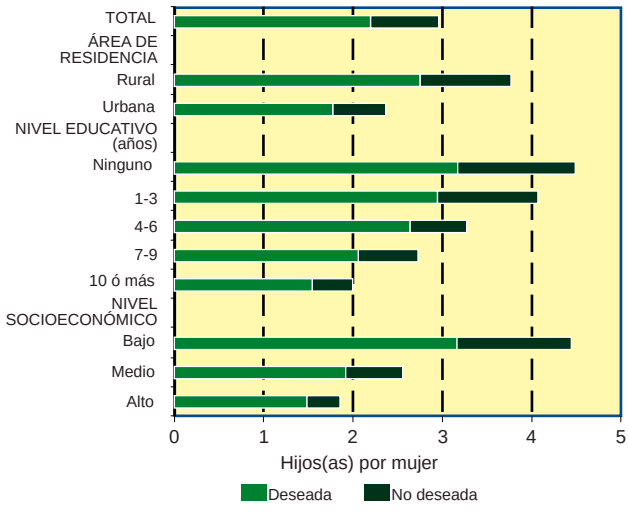
Si las mujeres salvadoreñas pudieran evitar los(las) hijos(as) no deseados(as), la tasa global de fecundidad de El Salvador se reduciría de 2.97 a 2.20 hijos(as) por mujer.

En la Gráfica 9 se puede apreciar que la TGF no deseada es casi el doble en el área rural con respecto a la urbana y entre las mujeres sin educación formal es casi el triple con respecto a la no deseada entre las mujeres con 10 ó más años de escolaridad. En cuanto al nivel socioeconómico, llama la atención que la TGF observada (deseada y no deseada) del nivel socioeconómico alto (1.87 hijos/as), es menor que el valor de la TGF necesaria para reemplazar la población (2.1 hijos/as por mujer).

También es importante considerar que al momento de la entrevista el 80 por ciento de las mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad no deseaban tener un embarazo, ya que el 25 por ciento quería posponerlos y el 55 por ciento limitarlos. El porcentaje de mujeres que ya no desea tener más embarazos aumenta con la edad, pasando del 9 por ciento en el grupo de 15 a 19 años al 82 por ciento en el grupo de 40 a 44 años.

Gráfica 9

Tasa global de fecundidad deseada y no deseada, según características seleccionadas



Planificación familiar

Conocimiento de métodos anticonceptivos

En El Salvador, el 99 por ciento de las mujeres de 15 a 44 años de edad ha oído hablar al menos de un método anticonceptivo, siendo los más conocidos el condón (96 por ciento), seguido de los orales (94 por ciento) y de la esterilización femenina y la inyección (alrededor del 93 por ciento). El conocimiento de al menos un método anticonceptivo es alto hasta entre las mujeres solteras (97 por ciento).

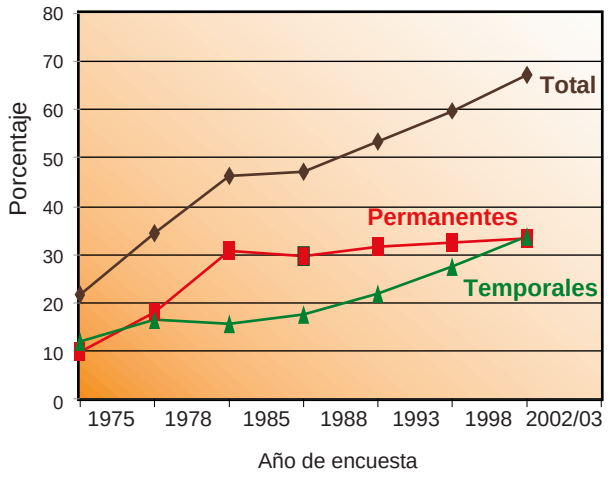
Aún cuando a los hombres no se les preguntó sobre el conocimiento del condón, el conocimiento de algún método anticonceptivo también está arriba del 95 por ciento, variando del 99 por ciento entre los casados o unidos al 91 por ciento entre los solteros.

Tendencias de la prevalencia de uso de anticonceptivos

La prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad ascendió del 34 en 1978 al 47 por ciento en 1988, llegando al nivel del 67 por ciento en los años 2002/03, cifra que resulta ser 7 puntos porcentuales superior a la encontrada en 1998. Entre esos primeros 10 años, los incrementos obedecieron principalmente al uso de la esterilización femenina, en cambio entre los siguientes 15 años, al uso de métodos temporales (Gráfica 10). En los últimos 5 años, el uso ascendió un poco más en las áreas rurales que en las urbanas, llegando al nivel del 60 por ciento entre las primeras y del 73 por ciento entre las segundas. Atendiendo a la edad, los mayores incrementos se dieron entre las mujeres menores de 25 años.

Gráfica 10

Tendencias del uso de anticonceptivos, por tipo de método: 1975-2002/03



En la actualidad, el 67 por ciento de las mujeres casadas/unidas usa métodos anticonceptivos, en comparación con el 34 por ciento en 1978.

En la Gráfica 11 se puede apreciar que el total de uso de anticonceptivos alcanzado por El Salvador en el período 2002/03 es muy similar al de Nicaragua, pero es 13 puntos porcentuales menor que en Costa Rica (80 por ciento). En Honduras y Guatemala está 5 y 24 puntos porcentuales, respectivamente, abajo del total reportado por las mujeres salvadoreñas.

Diferenciales en la prevalencia de uso de anticonceptivos

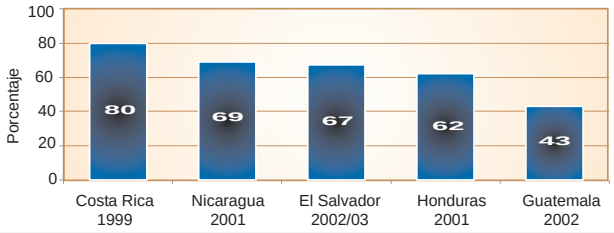
En la actualidad 67 de cada 100 mujeres casadas/unidas usan métodos anticonceptivos, pero las diferencias encontradas por área de residencia son más marcadas al nivel departamental. Los departamentos de San Salvador y Santa Ana presentan una prevalencia de uso de alrededor del 73 por ciento, en cambio los de Cabañas, Morazán y La Unión presentan una prevalencia menor al 50 por ciento (Gráfica 12). También en la Gráfica 13 se puede apreciar que el uso de anticonceptivos aumenta con el nivel socioeconómico o educativo. En cuanto a la religión que reportaron profesar las mujeres, el uso de anticonceptivos varía del 66 por ciento entre las católicas al 70 por ciento entre las identificadas como protestantes.

El uso de anticonceptivos presenta una asociación casi directa con el nivel educativo o socioeconómico de la mujer, en cambio la religión que profesan no parece influir en la opción por el uso.

En el país, los tres métodos de mayor prevalencia entre las mujeres son la esterilización femenina (33 por ciento), la inyección y los orales (con un 18 y 6 por ciento, respectivamente). Aún cuando la esterilización femenina es el método de mayor prevalencia en el país, las mujeres que optan

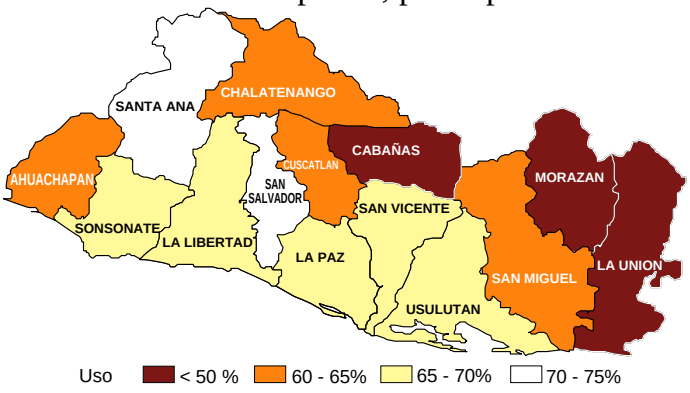
Gráfica 11

Uso de anticonceptivos en Centro América



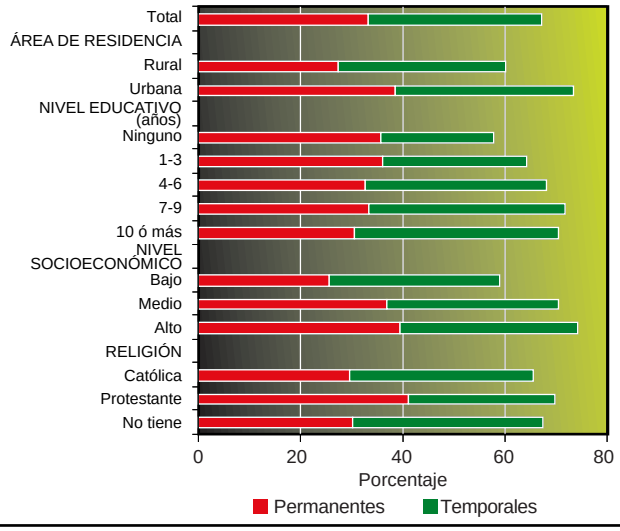
Gráfica 12

Uso de anticonceptivos, por departamento



Gráfica 13

Uso de anticonceptivos, por tipo de método, según características seleccionadas



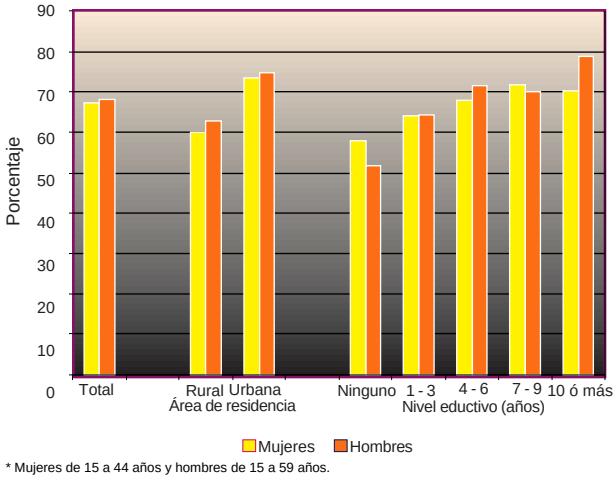
por la esterilización como su primer método de planificación familiar, esperan tener en promedio 3.3 hijos(as) vivos(as), 26.1 años de edad y 7.8 años después de su primera unión conyugal.

La esterilización femenina es el método más utilizado en El Salvador, ya que prácticamente una de cada tres mujeres casadas/unidas está esterilizada.

El uso actual de anticonceptivos reportado por los hombres casados/unidos de 15 a 44 años de edad fue de 71 por ciento (4 por ciento más que las mujeres), pero baja al 68 por ciento al abrir el rango a los 59 años de edad. Los hombres casados/unidos de 15 a 59 años también reportaron como los métodos más usados la esterilización femenina y la inyección (31 y 16 por ciento, respectivamente), pero entre la vasectomía (3.3) y el condón (1.5), la prevalencia de uso no llega ni al 5 por ciento.

Gráfica 14

Uso de anticonceptivos, por área de residencia y nivel educativo, según sexo: Mujeres y hombres en unión*



* Mujeres de 15 a 44 años y hombres de 15 a 59 años.

Entre los hombres, el mayor uso se encuentra en el grupo de 30 a 34 años (84 por ciento) o entre quienes tienen 4 ó 5 hijos/as vivos/as (alrededor del 80 por ciento), y según se observa en la Gráfica 14, las tendencias por área de residencia y nivel educativo, son similares a las presentadas por las mujeres, con la salvedad de que en los grupos sin educación formal es 6 puntos porcentuales mayor la tasa de uso de las mujeres, pero en los grupos con 10 ó más años de escolaridad es 8 puntos mayor la tasa de uso estimada para los hombres.

Un indicador de la satisfacción con el uso de anticonceptivos es la eventual preferencia de continuar usando el método actual. Al respecto los resultados indican que el 83 por ciento de las mujeres seguiría usando el mismo, el 12 por ciento preferiría usar otro y sólo 2 de cada 100 mujeres reportó que ya no usaría, lo cual indica una satisfacción muy alta con el método actual y el uso de anticonceptivos en general. El porcentaje que desea

continuar con el mismo método varía del 88 por ciento para la esterilización femenina al 68 por ciento para el condón o el retiro. Entre las usuarias actuales que preferirían cambiar de método, la mayoría preferiría usar inyectables. En segundo lugar de preferencia se ubica la esterilización femenina y en el tercero, los orales.

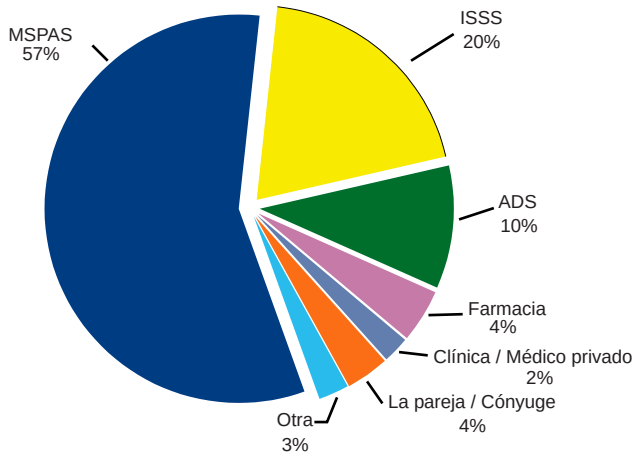
El 83 por ciento de las mujeres seguiría usando el método que usa actualmente, aunque pudiera cambiar de método.

Fuente de anticonceptivos

En la presente encuesta, los datos sobre "fuente" están referidos a la distribución de las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad que usan anticonceptivos, de acuerdo al lugar donde obtienen el servicio de anticoncepción.

Gráfica 15

Fuente de anticonceptivos para las usuarias en 2002/03



En la Gráfica 15 se muestra que en El Salvador las tres fuentes más importantes para la obtención de métodos anticonceptivos reportadas por las mujeres son el MSPAS, el ISSS y la ADS, quienes brindan servicios de anticoncepción al 57, 20 y 10 por ciento de las usuarias, respectivamente. El MSPAS se mantiene como la primera fuente, indistintamente del área o departamento de residencia de las usuarias. El ISSS se ubica como la segunda fuente en las áreas urbanas y en los departamentos de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, La Libertad, San Salvador, Cuscatlán y Cabañas. En cambio la ADS es la segunda fuente en el área rural y en los 7 departamentos restantes, con la salvedad de que en el de San Vicente, esta posición la comparte con las farmacias.

El MSPAS se mantiene como la primera fuente de servicios de anticoncepción, indistintamente del área o departamento de residencia de las usuarias.

Población que no usa anticonceptivos

Una de cada 3 mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad no estaba usando un método anticonceptivo en los 30 días previos a la entrevista, proporción constituida por el 18 por ciento que había usado, pero no estaba usando, y el 15 por ciento que nunca ha usado un método. La proporción de hombres casados/unidos de 15 a 59 años de edad que no estaba usando fue similar (32 por ciento), con la diferencia de que el 17 por ciento nunca ha usado y el 15 había usado, pero no estaba usando durante el mes previo a la entrevista.

Entre las mujeres que han usado, pero que no usan actualmente, las dos razones expuestas con mayor frecuencia para dejar de usar fueron el deseo de embarazo (32 por ciento) y haber experimentado efectos colaterales (29 por ciento). Esta segunda razón adquiere el primer lugar para las que dejaron de usar el DIU o los métodos hormonales.

Entre las mujeres que no usan anticonceptivos, prácticamente dos de cada tres mencionaron una razón para no usar que está relacionada con el embarazo, la fecundidad o la actividad sexual. La proporción restante mencionó una razón sociocultural que puede ser contrarrestada con la ampliación de programas sistemáticos de información, educación o comunicaciones, con énfasis a través de los canales interpersonales. Entre este segundo grupo de razones sobresale el temor a los efectos colaterales (15 por ciento), que es mucho mayor que el porcentaje que reporta haberlos experimentado (4 por ciento).

Del total de mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad que no usan actualmente, el 52 por ciento desea usar un método anticonceptivo en el presente o en el futuro y de ellas, el 94 por ciento conoce donde obtenerlos. Por su parte, del total de hombres casados/unidos de 15 a 59 años de edad el 37 por ciento desea usar, pero de ellos sólo el 13 por ciento tendría interés en la vasectomía.

En la Gráfica 16 se muestra que los tres métodos mencionados por las mujeres como los de mayor demanda potencial son la inyección, la esterilización femenina y los orales, con el 43, 24 y 11 por ciento de preferencia, respectivamente. El MSPAS es la fuente potencial de anticonceptivos más mencionada, independientemente del método preferido.

La inyección anticonceptiva es el método de mayor preferencia entre las mujeres que desean usar.

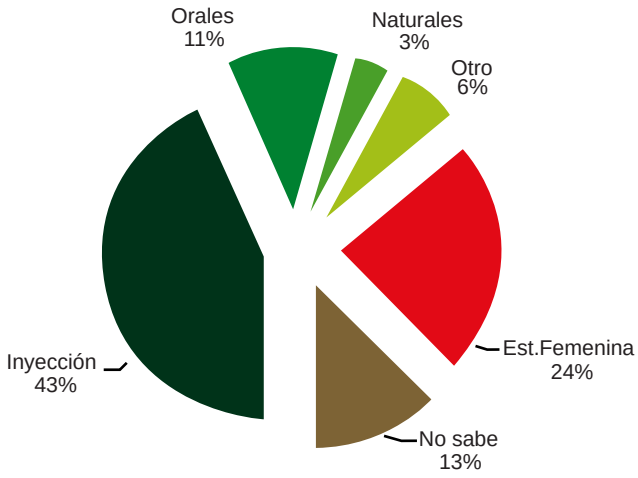
Se estima que el 6 por ciento de todas las mujeres de 15 a 44 años de edad necesita los servicios de planificación familiar, porque no están embarazadas ni desean un embarazo en la actualidad, son fértiles, están activas sexualmente y no están protegidas contra el riesgo de un embarazo no deseado. La proporción que necesita los servicios resultó ser especialmente alta entre las que tienen 5 ó más hijos/as vivos/as (16 por ciento), las que no tienen educación formal (12 por ciento), las casadas/unidas o del nivel socioeconómico bajo (9 por ciento). Sin embargo, cabe señalar que del total de mujeres que están a riesgo de un embarazo no deseado, sólo el 41 por ciento tiene intenciones de usar un método anticonceptivo.

Las mujeres que más necesitan los servicios son las que tienen 5 ó más hijos/as vivos/as, las que no tienen educación formal, las casadas/unidas o del nivel socioeconómico bajo.

Como se muestra en la Gráfica 17, las mayores proporciones de mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar se encuentran en los departamentos de Sonsonate, Morazán y Cabañas.

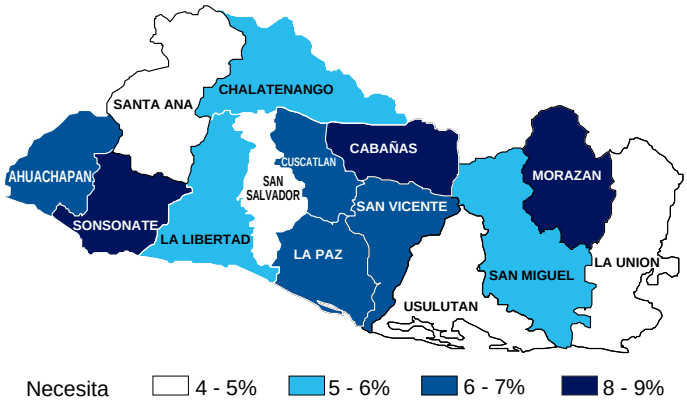
Gráfica 16

Método preferido por las mujeres que no usan y desean usar

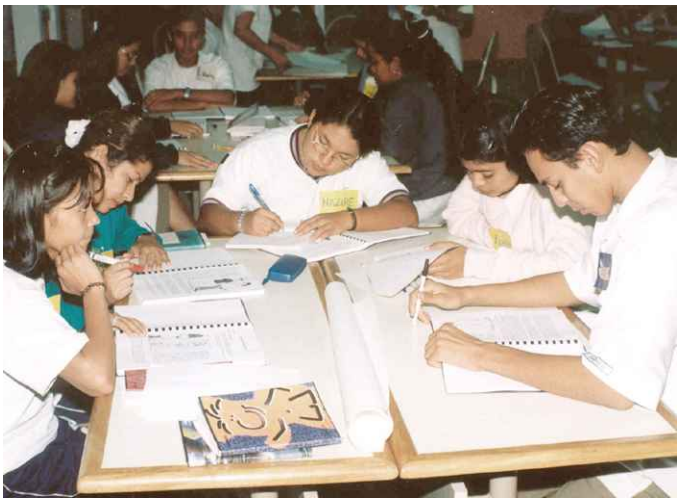


Gráfica 17

Necesita servicios de planificación familiar, por departamento



Salud reproductiva en la población de 15 a 24 años de edad



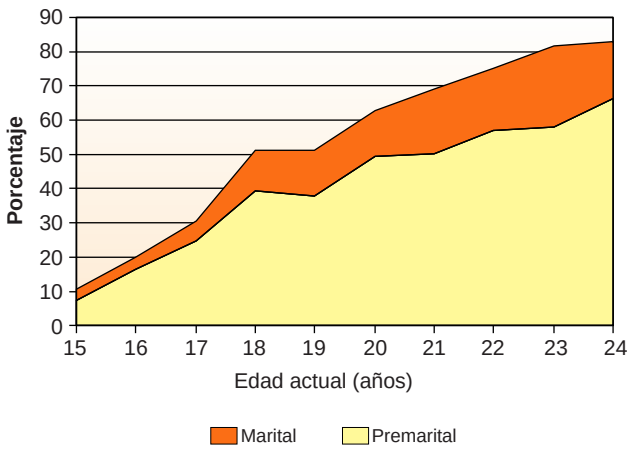
En El Salvador, para el año 2003, la población de 15 a 24 años representa un poco más de un tercio de la población clasificada como en edad fértil (37 y 36 por ciento para mujeres y hombres, respectivamente), considerando en edad fértil a las mujeres de 15 a 49 años y a los hombres de 15 a 59 años. La exposición temprana de este importante sector de la población, al embarazo o a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, se constituye en un factor determinante de los niveles de fecundidad de la población y representa graves repercusiones en su salud reproductiva.

Prácticamente una de cada 5 mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a).

Los resultados de FESAL-2002/03 muestran que el 19 por ciento del grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que asciende a alrededor del 60 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, ya que sólo uno de cada 100 hombres del grupo de 15 a 19 y el 33 por ciento del grupo de 20 a 24 años de edad, reportó haber engendrado al menos un hijo.

Gráfica 18

Clasificación de la primera relación sexual, por edad actual



Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos

Una de cada 2 mujeres y 2 de cada 3 hombres de 15 a 24 años tienen experiencia sexual, siendo en ambos sexos más frecuente la primera relación clasificada como premarital (38 de 52 para las mujeres y 65 de 66 para los hombres) que la marital. La proporción cuya primera relación sexual fue premarital asciende rápidamente del 7 por ciento entre las mujeres de 15 años de edad a un 38 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 66 por ciento en el grupo con 24 años de edad. En la Gráfica 18 se puede apreciar el predominio de la primera relación premarital sobre la marital en todas las edades específicas.

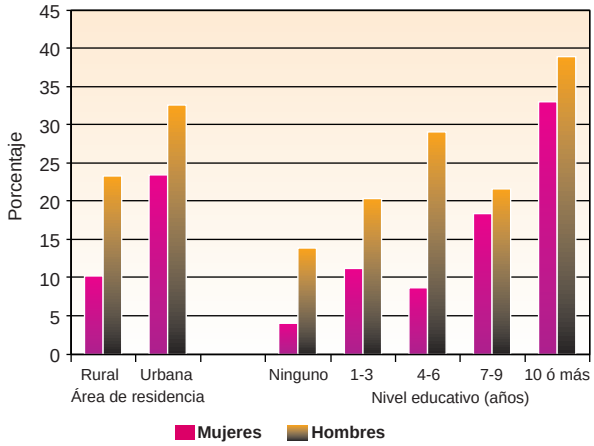
Del total de adolescentes y jóvenes con experiencia sexual, el 18 por ciento de mujeres y el 28 por ciento de hombres reportó haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En el caso de las mujeres, esta proporción varía del 12 por ciento cuando la relación fue marital al 20 por ciento cuando fue premarital. En la Gráfica 19 se muestra que las brechas de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por área de residencia y nivel educativo, son más grandes entre las mujeres que entre los hombres, pero en todos los grupos, la proporción que reportó haber usado siempre resultó ser mayor entre los hombres que entre las mujeres.

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual subió de 10 a 18 por ciento en los últimos 5 años, pero sigue siendo casi nulo entre las mujeres sin educación formal.

Entre las mujeres cuya primera relación fue marital y no usaron, las razones más frecuentes para no hacerlo fueron que "deseaba quedar embarazada" (38 por ciento), que "no los conocía" (20 por ciento) o que "el compañero sexual se opuso" (10 por ciento). Por su parte, entre las que fue premarital y no usaron, las dos razones más frecuentes fueron que "no esperaba tener relaciones en ese momento" (45 por ciento) o que "no los conocía" (19 por ciento).

Gráfica 19

Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, por área de residencia y nivel educativo, según sexo



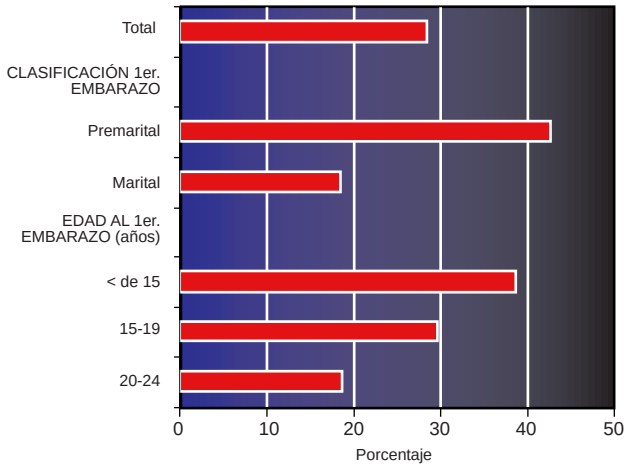
Primer embarazo y sus consecuencias

Ocho de cada 10 mujeres que han tenido experiencia sexual han tenido al menos un embarazo, pero al contrario de la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifican como maritales con respecto a los clasificados como premaritales (23 contra 18 por ciento). El porcentaje con experiencia de embarazo asciende rápidamente del 7 por ciento entre las que tienen 15 años de edad al 41 por ciento entre quienes tienen 19 y hasta el 76 por ciento en el grupo de 24 años de edad.

El 29 por ciento de los primeros embarazos se dieron cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que resultó ser más que el doble cuando el embarazo se clasifica como premarital (43 por ciento) respecto a los clasificados como maritales (18 por ciento) y desciende del 39 por ciento entre las que tenían menos de 15 años cuando ocurrió el embarazo al 19 por ciento entre las que tenían de 20 a 24 años (Gráfica 20).

Gráfica 20

Primeros embarazos que ocurrieron cuando pensaban que no podían quedar embarazadas



Las 4 razones más frecuentes para pensar de esta manera fueron: "No tenía relaciones frecuentes" (25 por ciento), “La pareja le dijo que no quedaría embarazada” (19 por ciento), "Era la primera vez" (18 por ciento) y "Creía que no estaba en su período fértil” (14 por ciento). Por otra parte, el 41 por ciento no planeó su primer embarazo, proporción que varía del 25 por ciento entre los clasificados como maritales al 64 por ciento para los premaritales. Probablemente estas cifras serían menores si la educación en salud reproductiva fuera generalizada en el sistema educativo, pero sólo un 61 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años reporta haber recibido información sobre el embarazo en los centros educativos, y la proporción que reportó haber recibido información sobre los métodos anticonceptivos fue aún menor (54 por ciento).

Tres de cada 10 primeros embarazos ocurrieron cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que se reduciría si la educación en salud reproductiva fuera generalizada en el país.

Después de que terminó el embarazo, un 81 por ciento que estudiaba cuando supo que estaba embarazada, no volvió a estudiar y un 67 por ciento que trabajaba no volvió a trabajar. Entre las que no volvieron a estudiar, las razones más frecuentes fueron: “No tenía con quien dejar al(a) niño(a)”, “ya no le quedaba tiempo” y “tenía que trabajar” (42, 15 y 13 por ciento, respectivamente). Por otra parte, entre las que no volvieron a trabajar, las razones más frecuentes fueron que “no tenía con quien dejar al o la niña” (64 por ciento) y que “el cónyuge se opuso” (26 por ciento).

La exposición al riesgo de embarazo o a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, de la población adolescente de 15 a 19 años de edad que no están en unión marital, sigue siendo potencialmente alta en El Salvador, ya que el 8 por ciento de mujeres y el 23 por ciento de hombres en esa condición reporta haber tenido relaciones sexuales durante el último trimestre previo a la entrevista, el 58 por ciento de las mujeres y el 36 por ciento de los hombres no usó el condón en su última relación sexual, y entre estos últimos, la cifra que no usó varía del 30 por ciento entre quienes reportaron 2 ó más parejas sexuales en el año previo a la entrevista al 40 por ciento entre quienes reportaron una sola pareja.

Conocimiento, actitudes y práctica ante el VIH/SIDA

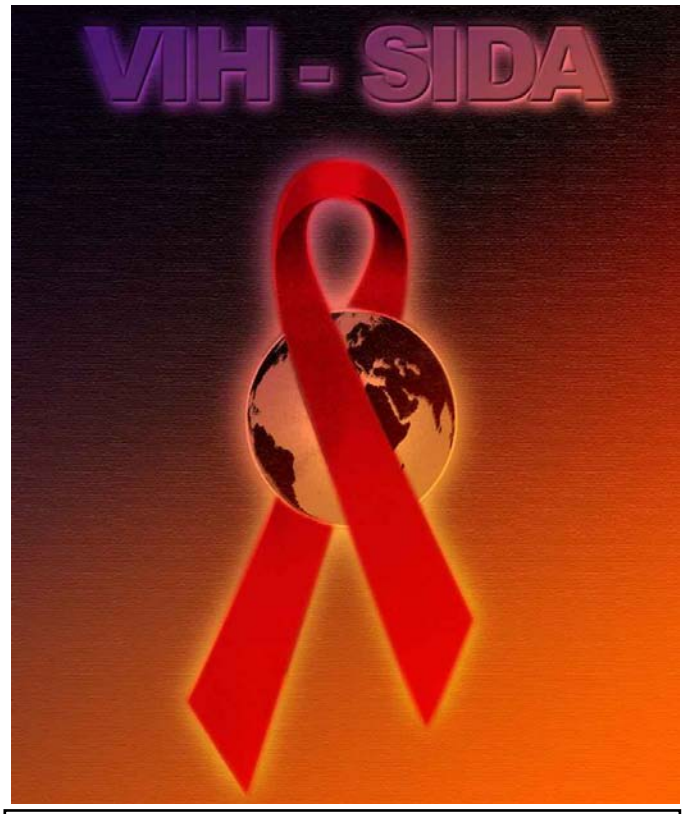
Conocimiento sobre el VIH/SIDA

En El Salvador, la gran mayoría de la población en edad fértil ha oído hablar del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), (96 y 98 por ciento de las mujeres y los hombres, respectivamente), siendo en la mayoría de casos mencionado espontáneamente. Sin embargo, sólo el 60 por ciento de las mujeres y el 46 por ciento de los hombres conoce las tres formas de prevención del VIH en conjunto relacionadas con la actividad sexual: La abstinencia sexual, la fidelidad y el uso de condones en todas las relaciones sexuales.

Entre las mujeres, este indicador del conocimiento del VIH/SIDA asciende del 55 por ciento en el área rural al 64 por ciento en el área urbana y se incrementa con el nivel educativo o socioeconómico. En la Gráfica 21 se observa que contrario a las mujeres, entre los hombres no se encuentran diferenciales definidos, a excepción de la variación entre el nivel socioeconómico bajo (42 por ciento) y los niveles medio y alto (49 por ciento).

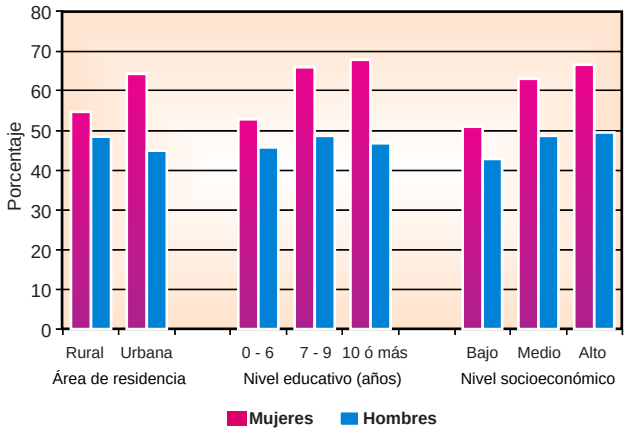
Más del 95 por ciento de mujeres y hombres ha oído hablar del VIH/SIDA, pero sólo el 60 y el 46 por ciento, respectivamente, conoce las tres formas de prevención relacionadas con la actividad sexual.

Otro indicador del conocimiento del VIH/SIDA consiste en la combinación de la negación de los dos conceptos erróneos locales más comunes sobre la transmisión del VIH/SIDA y la afirmación de que una persona puede ser portadora asintomática del VIH. Las condiciones de este indicador sólo las cumple el 19 por ciento de las mujeres y el 18 de los hombres. Entre las mujeres, esta cifra sube del 12 por ciento en el área rural al 25 por ciento en el área urbana y asciende del 7 por ciento entre las que tienen menos de 7 años de escolaridad al 36 por ciento



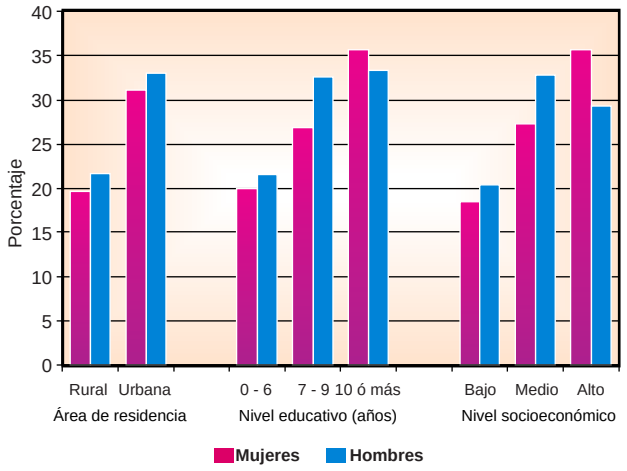
Gráfica 21

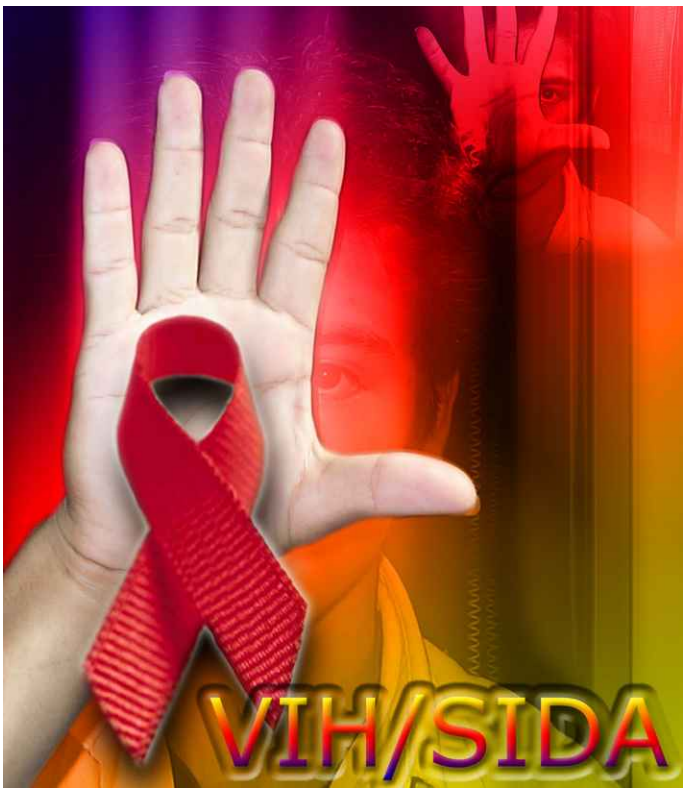
Conoce 3 formas de prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA, por características seleccionadas, según sexo



Gráfica 22

Percepción del riesgo de infectarse del VIH, por características seleccionadas, según sexo





entre las que tienen 10 ó más años de escolaridad. Similar situación sucede de acuerdo al nivel socioeconómico, ya que el porcentaje asciende del 10 por ciento en el nivel bajo al 30 en el alto. Las diferencias entre los hombres son un poco más marcadas, ya que el conocimiento varía del 8 por ciento en el área rural al 28 por ciento en la urbana, asciende del 7 por ciento entre los que tienen menos de 7 años de escolaridad al 42 por ciento entre los que tienen 10 ó más años de escolaridad, y del 7 por ciento en el nivel socioeconómico bajo al 30 por ciento en el alto.

Actitudes ante el VIH/SIDA

Entre las mujeres que han oído hablar del VIH/SIDA, el 26 por ciento considera que tiene algún riesgo de contraer el virus, el 56 por ciento piensa que no tiene riesgo y el 18 por ciento no sabe si tiene o no. El porcentaje de hombres que percibe tener riesgo (27 por ciento) es similar al de las mujeres, pero entre los hombres es más alto el porcentaje que no percibe riesgo (68 por ciento). En la Gráfica 22 se puede apreciar que el porcentaje que percibe algún riesgo de contraer el VIH/SIDA es más alto en el área urbana (31 y 33 por ciento de mujeres y hombres, respectivamente) que en el área rural (20 y 22 por ciento de mujeres y hombres, respectivamente). También se observa que los diferenciales de este indicador por nivel educativo o socioeconómico, son más claros entre las mujeres que entre los hombres.

Las dos razones más frecuentes que reportaron las mujeres por las cuales perciben algún riesgo, son: “La pareja sexual pasa mucho tiempo fuera” (23 por ciento) y que “no sabe con quien se junta” (17 por ciento). En cambio, entre las mujeres que no perciben algún riesgo, las dos más frecuentes fueron, que “conoce bien a su pareja” (32 por ciento) y que “ella es fiel” (19 por ciento).

La mayoría de los hombres que consideran tener riesgo de contraer el VIH/SIDA mencionó que "no sabe con quien se junta" (51 por ciento), pero las más evidentes como tener más de una pareja sexual, no usar condones en todas las relaciones sexuales o tener relaciones sexuales con las mujeres trabajadoras del sexo (MTS) fueron mencionadas cada una con una frecuencia menor al 5 por ciento. Por el contrario, los hombres que piensan que no tienen riesgo reportan como razones más frecuentes que "tienen una sola pareja sexual", "no tienen sexo con desconocidas(os)" o que "no tienen sexo con MTS" (39, 19 y 13 por ciento, respectivamente).

Prácticas y conductas de riesgo

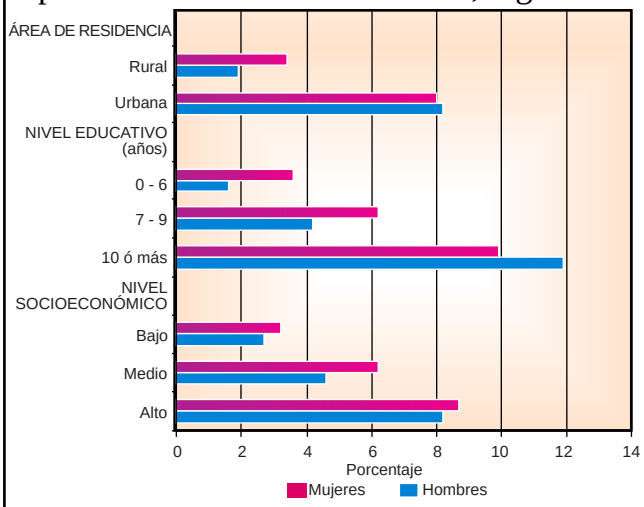
Del total que ha oído hablar del VIH/SIDA, sólo el 6 por ciento de mujeres y el 5 por ciento de hombres reportó haberse hecho la prueba del VIH en forma voluntaria y que recibió el resultado del examen. La Gráfica 23 muestra los diferenciales de este indicador por área de residencia, nivel educativo o socioeconómico, donde se observa que aún en los grupos más favorecidos (áreas urbanas o niveles educativo y socioeconómico alto), el porcentaje que se ha hecho la prueba en las condiciones antes descritas, está por debajo del 15 por ciento.

El porcentaje de uso del condón en la última relación sexual fue de 6 para mujeres y de 20 para hombres, pero en ambos sexos, sólo alrededor del 5 por ciento se ha hecho la prueba del VIH voluntariamente y recibió el resultado.

Del total que tuvo su última relación sexual en los 12 meses previos a la entrevista, el 6 por ciento de mujeres y el 20 por ciento de hombres reportó haber usado el condón en esa oportunidad. Entre las mujeres, el mayor uso del condón en la última relación sexual (10 por ciento) se encuentra en las que tienen 10 ó más años de escolaridad, pero aún en este grupo,

Gráfica 23

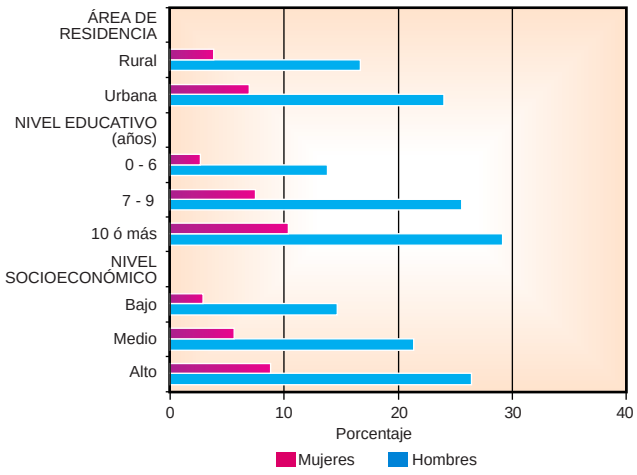
Uso de la prueba del VIH*, por características seleccionadas, según sexo



* Se hizo la prueba voluntariamente y recibió el resultado

Gráfica 24

Uso del condón en última relación sexual*, por características seleccionadas, según sexo



* Última relación sexual durante últimos 12 meses

el uso resulta menor que el reportado por los hombres del área rural, con menos de 7 años de escolaridad o del nivel socioeconómico bajo (Gráfica 24).

Otros indicadores relacionados con la exposición al riesgo de contraer el VIH/SIDA investigados exclusivamente entre los hombres, fueron la práctica de relaciones sexuales con múltiples parejas y con MTS. Al respecto, del total de hombres de 15 a 59 años de edad, el 23 por ciento reportó que había tenido relaciones sexuales con 2 ó más parejas y el 6 por ciento que había tenido con MTS en los últimos 12 meses previos a la entrevista.

Violencia de pareja

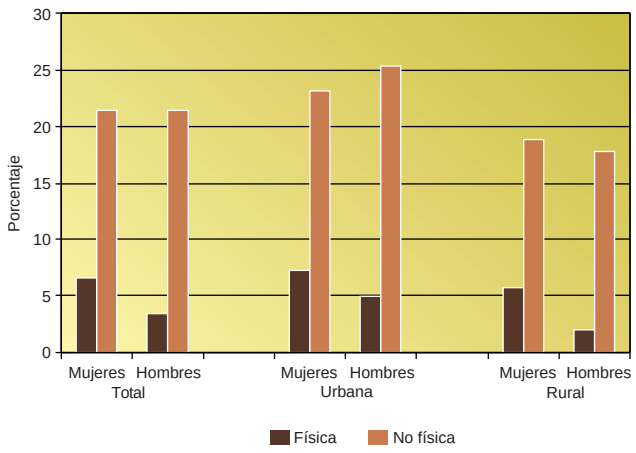
Violencia de pareja

Una de las novedades de la encuesta FESAL-2002/03 es haber realizado una primera aproximación a la investigación sobre la violencia de pareja por su estrecha relación con la salud en general, y particularmente con la salud reproductiva y la salud mental. Para la aplicación del módulo de preguntas que permitiera satisfacer los indicadores seleccionados sobre el tema, se mantuvo como condiciones indispensables, que la persona seleccionada para entrevista estuviera sola o que nadie más escuchara la conversación, y para las preguntas específicas sobre violencia de pareja, que la persona entrevistada hubiera tenido al menos una relación de noviazgo, aunque fuera por poco tiempo. Adicionalmente, cabe aclarar que la encuesta con hombres se realizó en viviendas diferentes a las seleccionadas para la encuesta con mujeres.

A cada persona se le hizo una serie de 12 preguntas sobre diferentes formas de violencia física, psicológica, sexual, patrimonial o de otro tipo que podían haber recibido, por lo cual una misma persona podía responder a varias formas de violencia. De esta manera, el 22 por ciento de las mujeres reportó haber sufrido alguna forma de violencia de pareja dentro de los últimos 5 años previos a la entrevista, siendo más frecuente la clasificada como psicológica, sexual, patrimonial o de otro tipo que no fuera la física (21 por ciento), e independientemente de haber reportado alguna de estas formas, el 7 por ciento reportó algún tipo de violencia física. La proporción de hombres que reportó haber sufrido alguna forma de violencia de pareja en el mismo período fue similar (22 por ciento), con la salvedad de que fue menor el porcentaje que se clasificó como violencia física (3 por ciento).

Gráfica 25

Violencia física y no física* recibida, por sexo y área de residencia



* Incluye violencia psicológica, sexual, patrimonial y otras no especificadas.

Prácticamente una de cada 5 mujeres y uno de cada 5 hombres reportó haber sido objeto de alguna forma de violencia de pareja, incluyendo el 7 y 3 por ciento que fue violencia física, respectivamente.

En la Gráfica 25 se presentan los diferenciales de las proporciones que reportaron haber sufrido alguna forma de violencia, clasificada en física o no física, según sexo y área de residencia. Adicionalmente, cabe señalar que la proporción de mujeres que reportó algún tipo de violencia psicológica, sexual, patrimonial o de otro tipo que no fuera la física se mueve en un rango que va del 13 por ciento en los departamentos de Cabañas y La Unión hasta el 33 por ciento en el de Cuscatlán, y la física del 3 por ciento en el departamento de Morazán al 13 por ciento en el de La Paz.

Independientemente de la o las forma(s) de violencia reportada(s), se preguntó por qué creía que había sido tratada(o) de la forma que más daño le causó y las dos explicaciones reportadas por las mujeres con más frecuencia fueron: Por celos de él hacia ella (34 por ciento) y porque él estaba bajo los efectos de la droga o alcohol (14 por ciento). Por su parte las dos explicaciones reportadas con más frecuencia por los hombres fueron: "Por celos de ella hacia él" (37 por ciento) y porque "él hizo algo malo", sin especificar lo que había hecho (14 por ciento).

Debido a que las estadísticas con las que se cuenta en el país resaltan que la violencia de pareja es diferencial por género con predominio hacia la mujer, a los hombres también se les hizo la misma serie de 12 preguntas, pero cambiando el sentido para indagar si ellos habían ejercido alguna(s) de esas formas de violencia a alguna(s) de sus parejas. El 17 por ciento respondió que sí lo había hecho en los últimos 5 años previos a la entrevista, siendo siempre más frecuente la clasificada

como psicológica, sexual, patrimonial o de otro tipo que no fuera la física (16 por ciento), e independientemente de haber reportado alguna de estas formas, el 3 por ciento reportó haber ejercido algún tipo de violencia física.

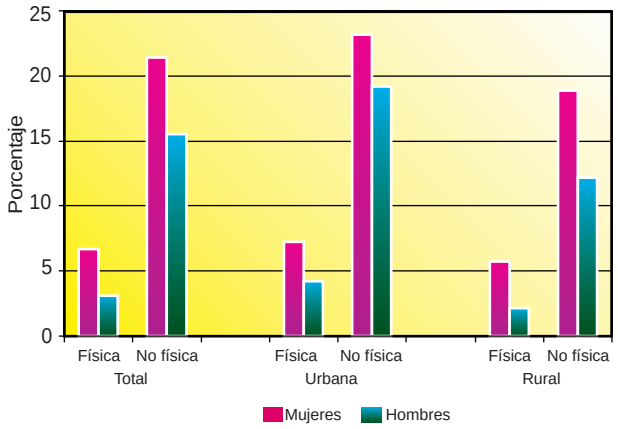
En la Gráfica 26 se pueden apreciar las diferencias entre las proporciones de mujeres que reportaron haber sufrido alguna forma de violencia y las proporciones de hombres que reportaron haberla ejercido, clasificadas siempre como físicas y no físicas.

Independientemente de la o las forma(s) de violencia reportada(s) por los hombres contra su(s) pareja(s), se les preguntó por qué creían que habían tratado de la forma que más daño le causó a su pareja y las tres explicaciones reportadas con más frecuencia fueron: "Por celos de él hacia ella", porque "ella hizo algo malo", sin especificar lo que hizo, y porque "ella le reclamó algo", también sin especificar lo que le reclamó (22, 13 y 11 por ciento, respectivamente).

Es importante mencionar que el 97 por ciento de las mujeres considera que se deben denunciar los casos de violencia en su contra. Entre los hombres, el 93 por ciento opina igual y el 88 por ciento que también deben denunciarse los casos de violencia contra el hombre.

Gráfica 26

Violencia física y no física* recibida por las mujeres y ejercida por los hombres, por área de residencia



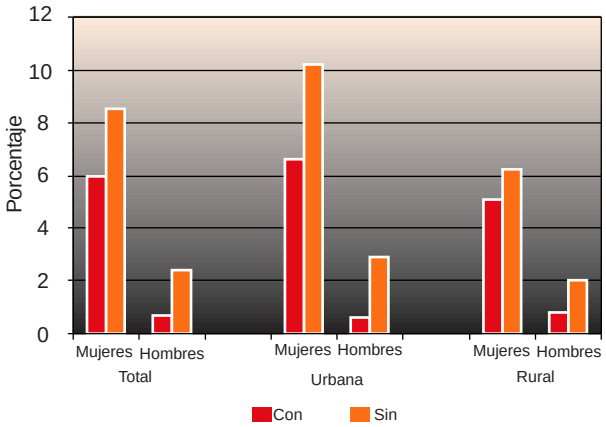
* Incluye violencia psicológica, sexual, patrimonial y otras no especificadas.

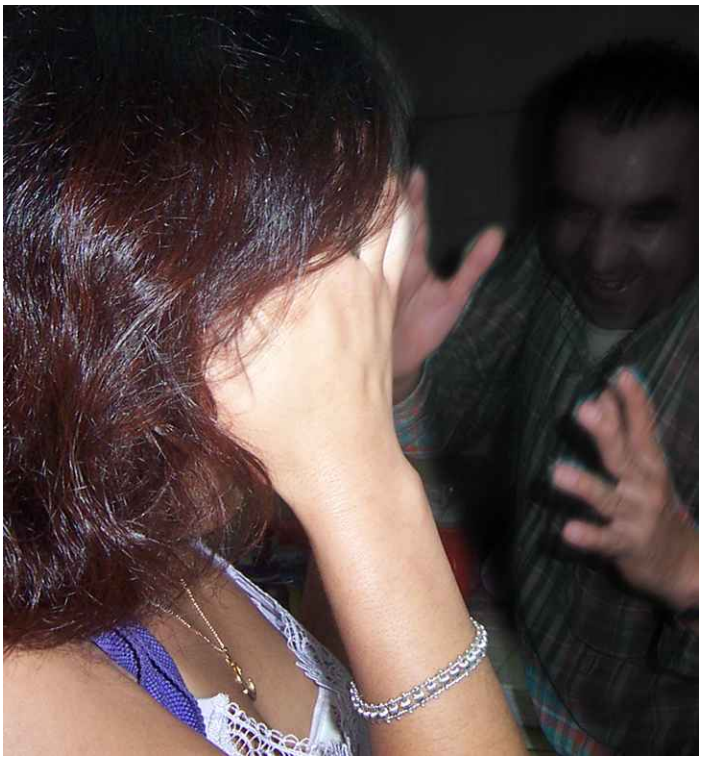
Violación sexual

Como parte de este módulo se investigó la violación sexual con penetración, así como la violación sexual sin llegar hasta ese punto, preguntando para el segundo tipo de violación, si alguien le había obligado a hacer algo como a desvestirse, tocarle o dejarse tocar las partes íntimas, a besar o abrazar o a hacer cualquier otro acto sexual sin llegar a la penetración. La violación sexual con penetración fue reportada por el 6 por ciento de las mujeres y sin penetración por el 9 por ciento. Al preguntar la edad que tenía cuando fue violada con penetración por primera vez, dos de cada 3 mujeres reportaron que fue

Gráfica 27

Violación sexual con penetración y sin penetración, por área de residencia, según sexo





antes de que tuviera los 20 años, incluyendo una de cada 5 mujeres que mencionó antes de los 12 años. Por otra parte, de las mujeres que reportaron violación sexual sin penetración, 8 de cada 10 mencionaron que la primera vez fue antes de tener los 20 años de edad, incluyendo una de cada 3 que reportó que fue antes de los 12 años.

Al preguntarles quién fue la persona que les violó con penetración, 3 de 4 mujeres reportaron que fue un conocido y en el caso de la violación sexual sin penetración, esta proporción sube casi a 9 de cada 10. El "vecino/amigo/conocido diferente de un familiar" sobresale en ambos casos (23 por ciento con penetración y 29 por ciento sin penetración). En la primera condición, el esposo o compañero se ubica en segundo lugar con el 18 por ciento, en cambio en la segunda condición se ubica "un primo" con el 11 por ciento.

En cuanto a los hombres el 0.7 por ciento reportó haber sido violado con penetración y el 2.4 por ciento sin penetración. Por el reducido número de casos que reportó violación con penetración, no es posible presentar datos sobre la edad que tenía cuando sucedió la primera vez, ni sobre la persona que le violó, pero al menos se puede mencionar que el 72 por ciento de los casos de violación sin penetración fue antes de los 15 años, con predominio a las edades de 5 a 11 años (45 por ciento). La comparación de las proporciones que reportaron violación sexual con penetración, así como violación sexual sin llegar hasta ese punto, para las mujeres y hombres por área de residencia, se presenta en la Gráfica 27.

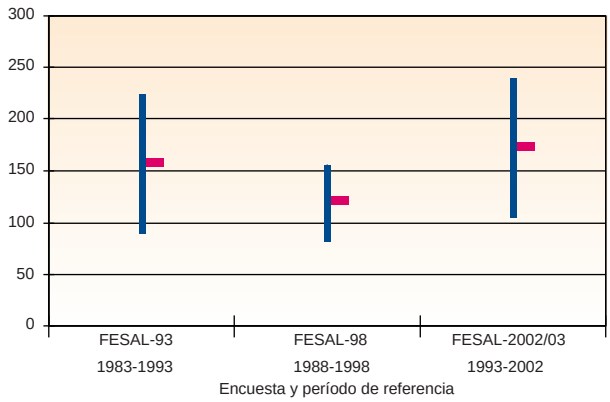
Salud materna

Mortalidad materna

En las encuestas FESAL-93 y FESAL-98 se presentaron estimaciones sobre la razón de mortalidad materna por no contar con otro estudio que midiera la mortalidad materna registrada y no registrada por las estadísticas institucionales del país. Con este propósito, también en FESAL-2002/03 se incluyó el módulo respectivo para recolectar la información básica que requiere la metodología de "la Hermana Viva". Aunque a partir de FESAL-98, la muestra es suficientemente grande para estudiar la mayoría de indicadores de la salud reproductiva, no resulta ser suficiente para medir cambios en la razón de mortalidad materna. En FESAL-2002/03 se obtuvo información sobre apenas 27 casos reportados de hermanas que murieron durante un embarazo, el parto o dentro de las seis semanas después del parto, que es el criterio utilizado en esta metodología para considerar una muerte materna. Los números de casos identificados en las tres encuestas, (31 en FESAL-93, 40 en FESAL-98 y 27 en FESAL-2002/03) son muy bajos y como se observa en Gráfica 28, implican intervalos de confianza tan amplios que no permiten obtener estimaciones puntuales y robustas que puedan reflejar cambios o tendencias definidas de la mortalidad materna. Debido al reducido número de muertes maternas identificadas en cada una de las 3 encuestas, no es posible concluir en que los cambios en el nivel de mortalidad materna han sido significativos, o si se mantiene básicamente el mismo nivel. La falta de poder estadístico de una encuesta de esta naturaleza para medir la mortalidad materna, sugiere que se deben usar otras fuentes de información para detectar tendencias en este indicador central de la salud materna.

Gráfica 28

Intervalos de confianza para las estimaciones de mortalidad materna, usando el método de "la Hermana Viva": FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03

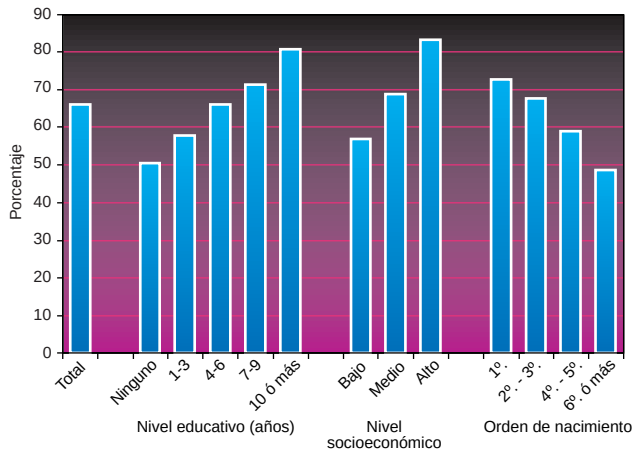


Uso de los servicios de salud materna

Los resultados de la encuesta indican que del total de mujeres de 15 a 49 años de edad con experiencia sexual, el 85 por ciento se ha hecho el examen de citología cérvico vaginal en alguna

Gráfica 29

Uso del control prenatal en el primer trimestre de embarazo



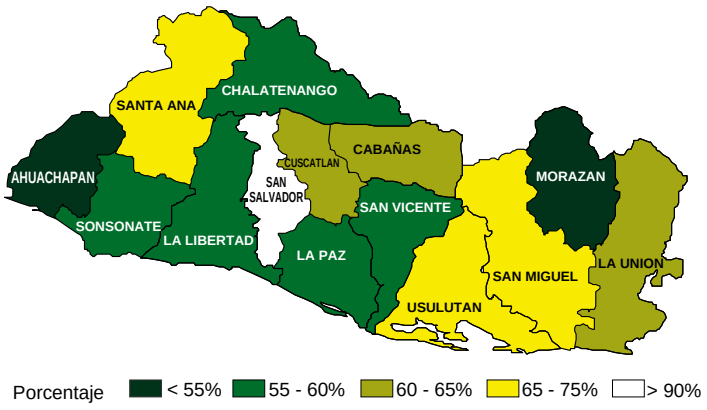
oportunidad, el 75 por ciento en los dos últimos años, pero en el último año sólo el 47 por ciento. El 80 por ciento supo el resultado del último examen, pero sólo el 39 por ciento de ellas lo supo antes de que transcurriera el primer mes posterior a la toma del mismo.

Del total de niños(as) nacidos(as) vivos(as) entre noviembre de 1997 y octubre de 2002, el 86 por ciento de las madres tuvo al menos un control prenatal, de las cuales el 66 por ciento lo tuvo durante el primer trimestre de embarazo y el 71 por ciento tuvo 5 ó más controles, tal como lo establecen las normas del MSPAS. El porcentaje que tuvo su primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo varía del 74 por ciento en el área urbana al 60 por ciento en la rural y del 72 por ciento en el departamento de San Salvador al 58 por ciento en Ahuachapán y Cabañas. Como se aprecia en la Gráfica 29, esta proporción se incrementa con el nivel educativo o socioeconómico de la mujer, pero desciende con el orden del nacimiento.

En el 66 por ciento de los embarazos se cumplió con la norma del MSPAS de tener el primer control prenatal en el primer trimestre y en el 71 por ciento se cumplió la norma de recibir un mínimo de 5 controles.

Gráfica 30

Atención intrahospitalaria del parto, por departamento



Del total de nacidos(as) vivos(as) en el período antes mencionado, el 69 por ciento de los partos tuvo atención intrahospitalaria. La probabilidad de recibir atención intrahospitalaria del parto se incrementa con el nivel educativo y el nivel socioeconómico, desciende de un 87 por ciento en el área urbana a un 54 por ciento en el área rural y según departamento varía del 91 por ciento en el departamento de San Salvador a menos del 55 por ciento en Ahuachapán y Morazán (Gráfica 30).

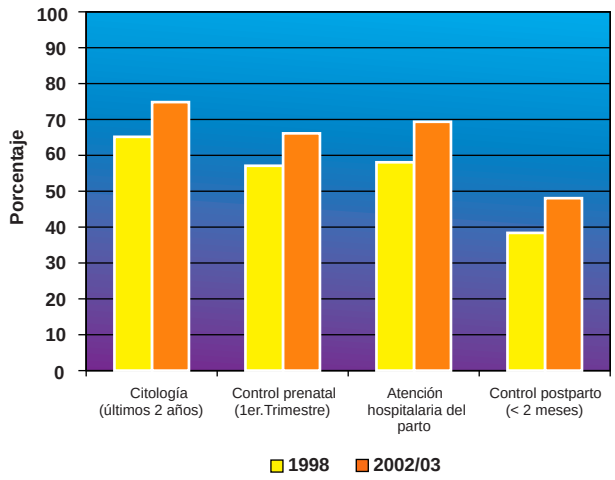
El control postparto resulta ser el servicio de salud materna menos utilizado en El Salvador, ya que sólo el 54 por ciento de las madres recibieron este servicio. El 14 por ciento tuvo el primer control antes de cumplir el primer mes postparto y el 34 por ciento en el transcurso del segundo. Acumulando estas dos cifras se puede decir que sólo en el 48 por ciento de los casos se cumplió con la norma establecida por el MSPAS, en cuanto a que el primer control postparto debe recibirse en las primeras 8 semanas.

De los servicios de salud materna investigados, el control postparto es el menos utilizado en El Salvador.

En la Gráfica 31 se presenta una medida resumen de los cambios ocurridos en los indicadores seleccionados del uso de los servicios de salud materna, entre los períodos de referencia de FESAL- 98 y FESAL-2002/03, donde se observa que todos los indicadores presentan mejorías en los últimos 5 años, siendo más evidente el incremento en la atención intrahospitalaria del parto.

Gráfica 31

Uso de servicios seleccionados de salud materna: 1998 y 2002/03



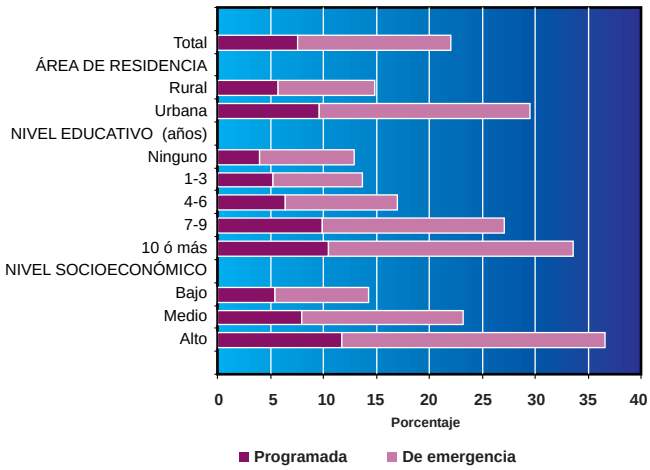
Resultado del último embarazo y partos por Cesárea

El 94 por ciento de los últimos embarazos ocurridos a partir de enero de 2000 resultaron en nacidos(as) vivo(as), el 5 por ciento en pérdida o aborto y el 1 por ciento en mortinato. Cabe señalar que de los embarazos que terminaron en pérdidas, el 86 por ciento de los casos fue hospitalizado y al 16 por ciento le hicieron transfusión sanguínea.

La tasa general de partos por cesárea para el período 2000-2003 resultó ser de 22 por ciento, lo cual refleja un incremento de 6 puntos porcentuales desde el 16 por ciento encontrado en el período 1996-98. La actual tasa general está compuesta por el 8 por ciento reportada como programada y el 14 por ciento como de emergencia, y cambia de un 15 por ciento en el área

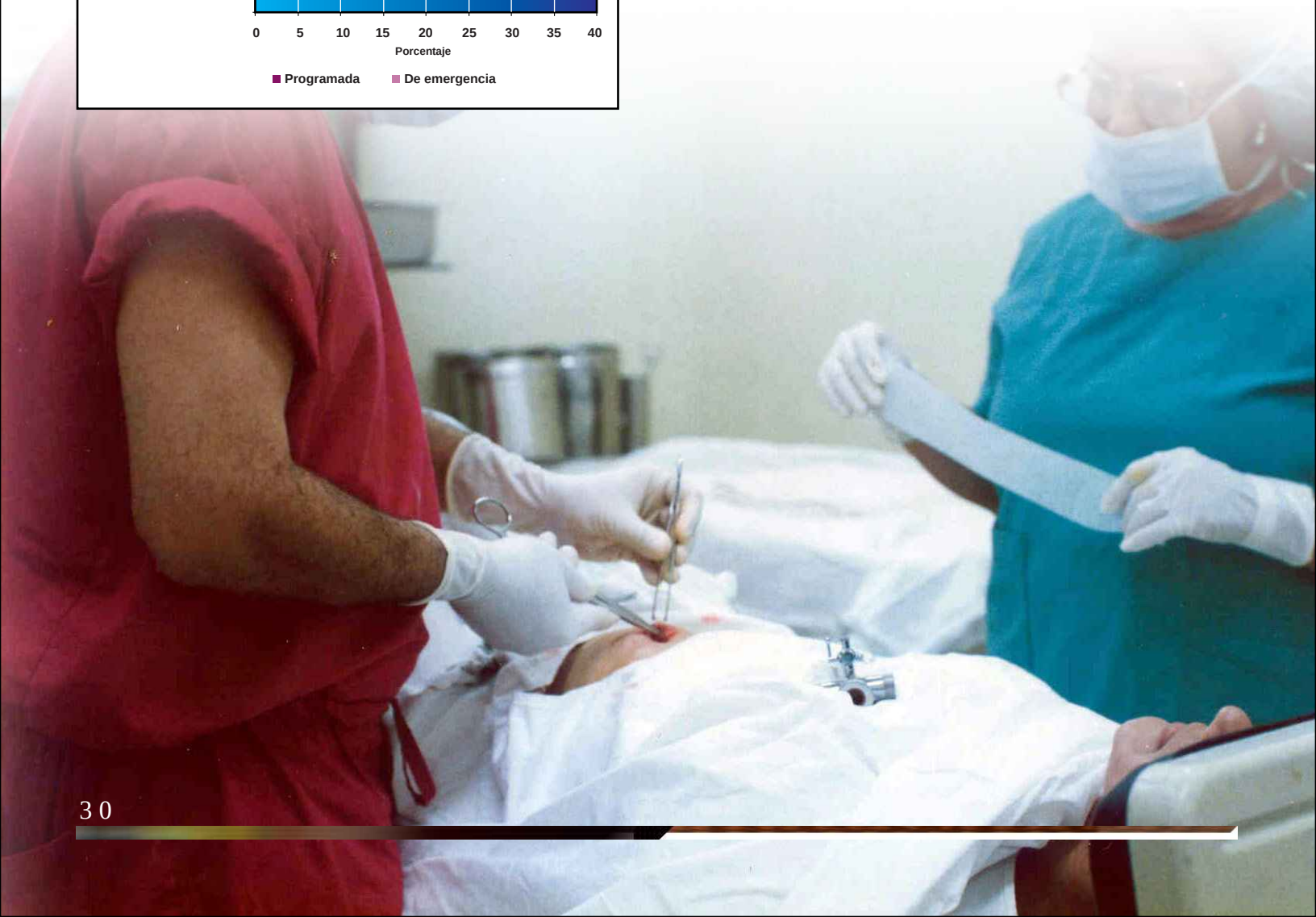
Gráfica 32

Tasa general de partos por cesárea, según características seleccionadas



rural al 30 por ciento en la urbana. En la Gráfica 32 también se puede observar que la tasa general de cesárea se incrementa con el nivel educativo o socioeconómico, llegando al 34 por ciento entre las mujeres con 10 ó más años de escolaridad y al 37 por ciento entre las del nivel socioeconómico alto.

La tasa general de parto por cesárea resultó ser del 22 por ciento al nivel nacional, pero entre las mujeres con mayor nivel educativo asciende al 34 por ciento y entre las del nivel socioeconómico alto al 37 por ciento.



Mortalidad infantil y en la niñez

Tendencias de la mortalidad

La tasa de mortalidad infantil estimada por FESAL-2002/03 es de 24.6 defunciones por mil nacidos(as) vivos(as). Esta tasa refleja un descenso de alrededor del 55 por ciento de la estimada en FESAL-88, que era de 54 por mil. El descenso obedece sobre todo a la disminución en la mortalidad postneonatal, la cual bajó dos tercios, al pasar de 34 a 11.5 por mil. La mortalidad neonatal bajó un tercio (de 20 a 13.1 por mil). En la Gráfica 33 también se puede apreciar que en los últimos 15 años, para el total de menores de 5 años, la tasa de mortalidad ha disminuido un 55 por ciento, pasando de 68 a 30.5 por mil.

Entre FESAL-98 y FESAL-2002/03, el descenso de la mortalidad infantil ocurrió principalmente en el área rural, pasando de 41 a 24.4 por mil, llegando en el período 1997-2002, a presentar el mismo nivel estimado para el área urbana (24.8 por mil). Sin embargo, a pesar de estos descensos, la tasa de mortalidad infantil de El Salvador resulta ser más que el doble de la estimada al nivel nacional para Costa Rica (10.3 por mil).

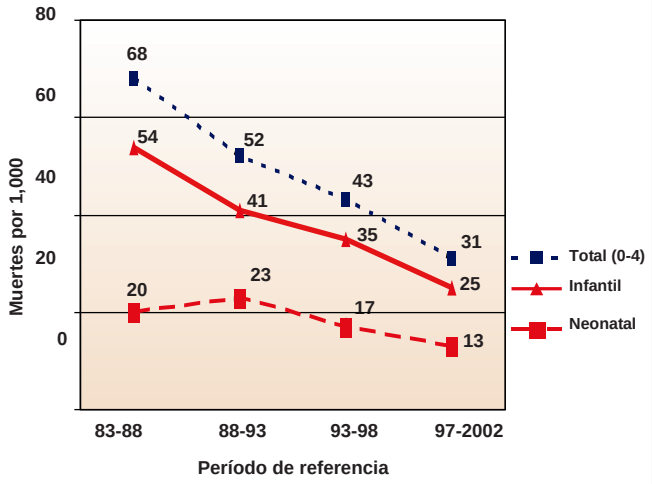
La mortalidad infantil ha descendido de 54 a 25 por mil en los últimos 15 años, pero aún es alta si se compara con la de Costa Rica estimada en 10 por mil.

Diferenciales de la mortalidad

La mortalidad infantil y la total en menores de 5 años resultaron ser alrededor del 15 por ciento mayor entre los niños que entre las niñas. De acuerdo a la edad al momento de la defunción, este porcentaje asciende a 34 por ciento en la mortalidad neonatal, lo que indica que murieron 3 niños por cada 2 niñas antes de cumplir el primer mes de vida. Al contrario, en la

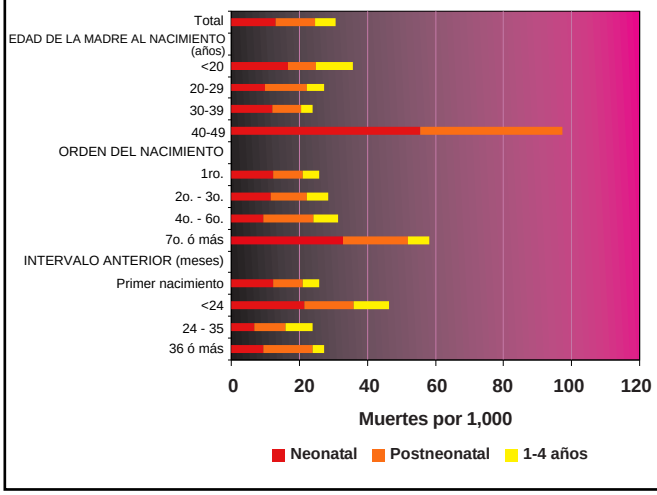
Gráfica 33

Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez



Gráfica 34

Mortalidad infantil y en la niñez, según características demográficas: 1997-2002

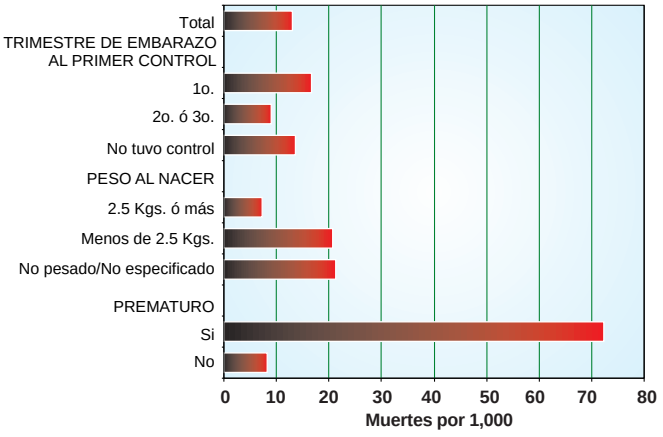


mortalidad postneonatal murieron más niñas que niños, pero en una proporción menor (14 por ciento). El diferencial por sexo vuelve a ser mayor para los niños en la mortalidad de 1 a 4 años, donde se puede mencionar que mueren 5 niños por cada 4 niñas.

La mortalidad en la niñez (1 a 4 años) se ve claramente asociada al nivel socioeconómico de la vivienda, ya que la estimada para el nivel socioeconómico bajo es más que 3 veces mayor que la estimada para el nivel alto (8.8 contra 2.7 por mil).

Gráfica 35

Mortalidad neonatal, según características del embarazo y parto: 1997-2002



La mortalidad infantil (0 a 11 meses) está fuertemente asociada al espacio intergenésico, a la edad de la madre al momento del parto y a la paridad previa. Los(las) niños(as) que tienen las menores tasas de mortalidad infantil son los y las que nacen con intervalos intergenésicos de 24 a 35 meses (16 por mil), cuando los nacimientos son del primero al tercer orden, o cuando las madres tienen entre 20 y 39 años de edad (20 a 22 por mil). En la Gráfica 34 se muestra que en cambio, los(las) niños(as) que nacen con intervalos intergenésicos menores de 24 meses, cuando los nacimientos son del séptimo o mayor orden, o cuando las madres tienen de 40 a 49 años de edad, tienen las tasas más altas de mortalidad infantil (36, 52 y 97 por mil, respectivamente).

A menor espacio intergenésico, a mayor paridad o si los partos ocurren cuando la mujer tiene menos de 20 ó más de 39 años, es mayor la probabilidad de muerte infantil.

El 53 por ciento de las muertes infantiles identificadas en el período 1997-2002 ocurrieron en el período neonatal (0 a 28 días), mortalidad que está asociada a las condiciones y características propias del embarazo y parto. En la Gráfica 35, se puede apreciar que no existe una clara tendencia de la mortalidad neonatal, según el uso o la oportunidad en que tuvo el primer control prenatal, pero se puede evidenciar que la probabilidad de muerte neonatal es mucho mayor cuando los nacimientos son prematuros o cuando nacen con bajo peso. La mortalidad neonatal de las y los niños con bajo peso al nacer o para quienes las madres no lo especificaron, es 3 veces mayor que la estimada para quienes pesaron 2.5 Kgs. ó más y es casi 9 veces mayor entre las y los niños reportados como prematuros que la estimada para quienes nacieron de acuerdo a la edad esperada.

Lactancia materna y estado nutricional

Lactancia materna

La lactancia materna, que es reconocida en todo el mundo como un factor determinante de la sobrevivencia infantil, es una práctica generalizada en El Salvador, dado que el 94 por ciento de las y los últimos niños nacidos vivos en los 5 años previos a la entrevista, ha recibido pecho materno en alguna oportunidad. El 60 por ciento de dichos(as) niños(as) empezó a lactar durante el primer día, incluyendo el 32 por ciento que empezó durante la primera hora de nacido(a).

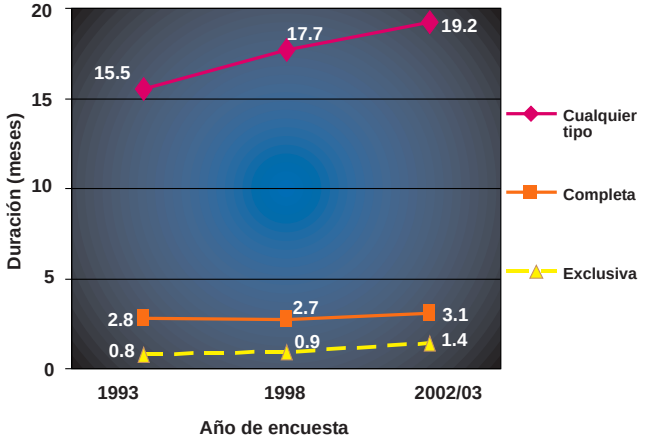
Entre FESAL-93 y FESAL-2002/03 se dio un incremento de 3.7 meses en la duración promedio de cualquier tipo de lactancia materna, pasando de 15.5 a 19.2 meses, pero la duración promedio de la lactancia completa prácticamente no cambió y en cuanto a la exclusiva sólo subió medio mes. La duración promedio de lactancia completa fue de 3.1 meses y 1.4 meses de exclusiva, para el total de niños(as) que nacieron vivos(as) en los 5 años previos a la entrevista de FESAL-2002/03 (Gráfica 36).

Del total de niños(as) menores de 6 meses, el 24 por ciento recibió lactancia exclusiva (sólo pecho) y el 22 por ciento recibió lactancia predominante (pecho y agua u otros líquidos). La proporción con lactancia exclusiva desciende del 37 por ciento para las y los niños menores de 2 meses de edad al 22 por ciento para las y los niños con 2 a 3 meses, y baja hasta el 8 por ciento para las y los niños con 4 a 5 meses cumplidos.

El restante 54 por ciento está conformado por el 8 por ciento que no recibió ningún tipo de lactancia, el 31 por ciento que además de ser amamantado(a) recibió otro tipo de leche y el 15 por ciento que además recibió atoles o purés (Gráfica 37). Por lo tanto, puede afirmarse que en el país, los alimentos complementarios están siendo introducidos a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y por el MSPAS.

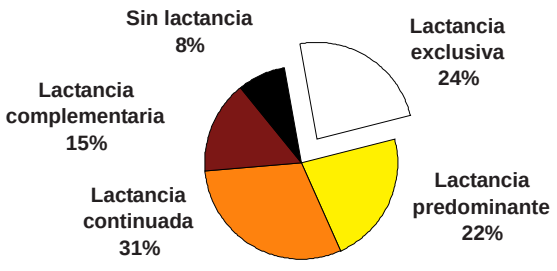
Gráfica 36

Duración promedio (meses) de lactancia materna, según clasificación de la lactancia



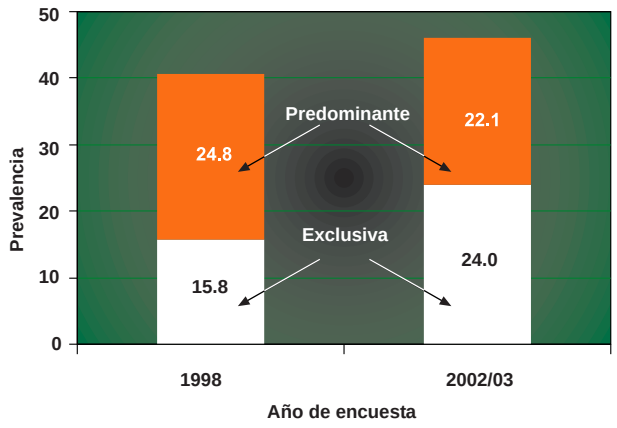
Gráfica 37

Tipo de alimentación recibida: Niños(as) de 0 a 5 meses de edad



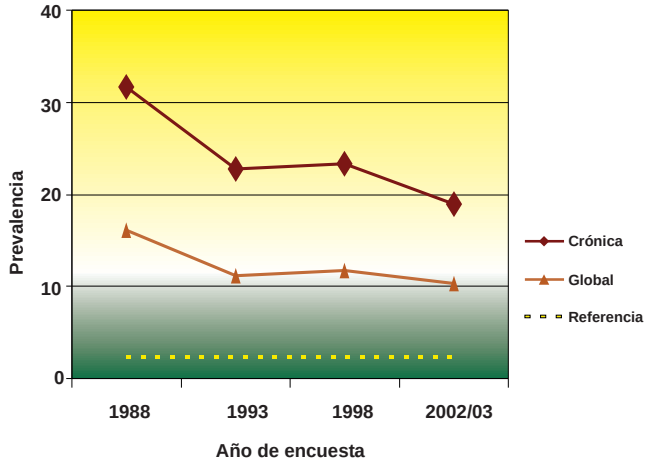
Gráfica 38

Prevalencia de lactancia completa: Niños(as) de 0 a 5 meses de edad



Gráfica 39

Tendencias de la prevalencia de desnutrición crónica* y global**: Niños(as) menores de 5 años



* Baja Talla por Edad
** Bajo Peso por Edad

Sólo uno(a) de cada 4 niños(as) menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva.

Al sumar el porcentaje que recibe lactancia predominante (22 por ciento) con el de exclusiva (24 por ciento), se puede afirmar que menos de la mitad de los(las) niños(as) menores de 6 meses recibe lactancia completa. Como se muestra en la Gráfica 38, esta proporción representa un incremento de 5 puntos porcentuales con respecto a la cifra estimada en FESAL-98, el cual se debe principalmente al incremento de 8 puntos en la exclusiva y al descenso de 3 puntos porcentuales en la lactancia predominante.

Estado nutricional

Para la estimación de los niveles de desnutrición, a todos(as) los(las) niños(as) menores de 5 años, se les tomó una medida de peso y de talla en el lugar de residencia. Los indicadores antropométricos para cada niño(a) fueron calculados con la población de referencia internacional de NCHS/CDC/OMS, incluyendo el rango de 3 a 59 meses de edad.

Al comparar los resultados de FESAL-2002/03 con los de ESANES-88, FESAL-93 y FESAL-98 se puede afirmar que entre 1988 y 1993 ocurrió un mejoramiento importante del estado nutricional del/a menor de 5 años, que entre 1993 y 1998 no hubo mayor cambio, y que entre 1998 y 2003 se volvió a experimentar un nuevo mejoramiento, siendo este último menor que el ocurrido entre el 88 y el 93 (Gráfica 39).

Prácticamente uno(a) de cada 5 niños(as) menores de 5 años presenta desnutrición crónica.

Los resultados de FESAL-2002/03 indican que los niveles más altos de desnutrición crónica (baja Talla-por-Edad) se encuentran entre los(as) hijos(as) de mujeres sin educación formal o con

1 a 3 años de escolaridad (32 y 28 por ciento, respectivamente, los(las) que nacieron con bajo peso (30 por ciento), entre los(las) del nivel socioeconómico bajo (28 por ciento), los(las) que viven en el área rural (26 por ciento), y los(las) que tienen de 48 a 59 meses de edad (25 por ciento).

La Gráfica 40 indica que la desnutrición crónica más alta se encuentra en el departamento de Ahuachapán (36 por ciento), seguida de Cuscatlán (34 por ciento), y las más bajas en Usulután (11 por ciento), así como en San Vicente y San Salvador (12 por ciento).

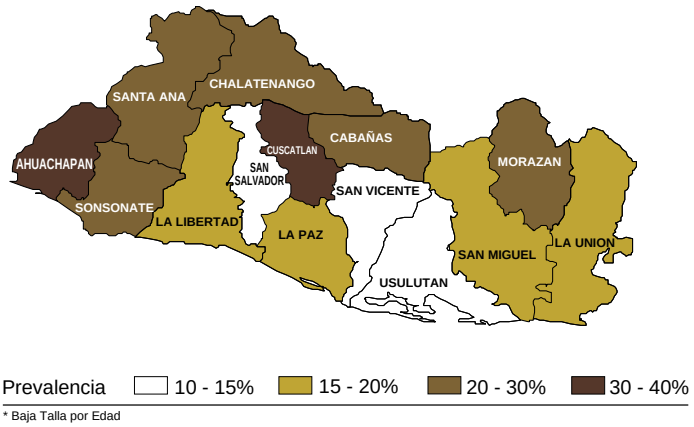
Para los(las) niños(as) de 12 a 59 meses de edad y las madres de niños(as) de 3 a 59 meses, también se estimó la prevalencia de anemia, tomando una muestra de sangre capilar en el lugar de residencia, la cual fue analizada inmediatamente en un "Hemocue" y se les dio el resultado antes de salir de las viviendas donde se realizaron las entrevistas.

Los resultados indican que el 20 por ciento de los(las) niños(as) presentan anemia, cifra que sube del 16 por ciento en el área urbana al 23 por ciento en el área rural y según departamento se mueve en un rango que va desde el 14 por ciento en San Salvador hasta el 27 por ciento en Ahuachapán. En la Gráfica 41 se aprecia que la prevalencia de anemia desciende de un 37 por ciento entre los(las) niños(as) de 12 a 17 meses a un 11 por ciento entre los(las) que tienen de 48 a 59 meses de edad. La prevalencia de anemia en las madres fue de un 9 por ciento, la cual no presenta variación por área de residencia, pero oscila desde el 6 por ciento en San Vicente y Usulután hasta el 13 por ciento en Cuscatlán y La Paz. Al comparar los resultados de la presente encuesta con los de FESAL-98 se observa que la prevalencia de anemia no ha cambiado en la población materna e infantil.

Uno(a) de cada 5 menores de 5 años y prácticamente una de cada 10 madres presenta anemia.

Gráfica 40

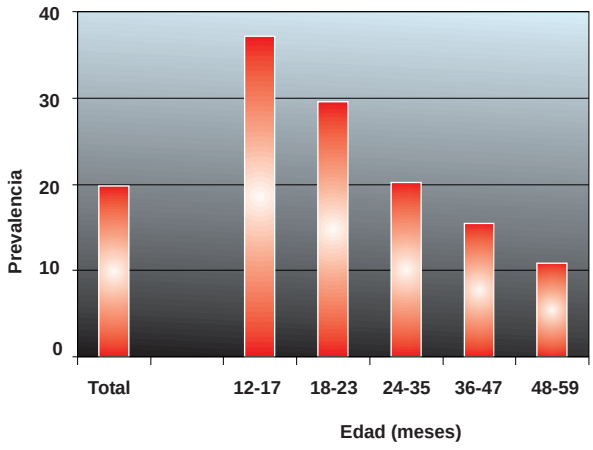
Prevalencia de desnutrición crónica* en menores de 5 años, por departamento



* Baja Talla por Edad

Gráfica 41

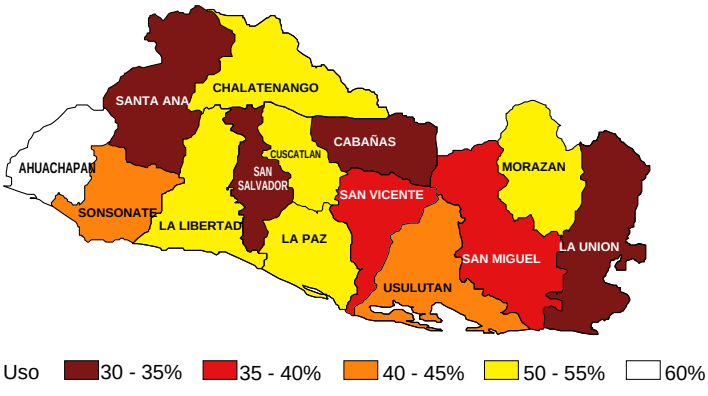
Prevalencia de anemia, según edad: Niños(as) menores de 5 años



Salud del(a) niño(a)

Gráfica 42

Uso del control del crecimiento y desarrollo en el primer mes de edad, por departamento



Monitoreo del crecimiento y desarrollo

Del total de niños(as) que nacieron entre noviembre de 1997 y octubre de 2002, el 95 por ciento tuvo al menos un control del crecimiento y desarrollo del/la menor de 5 años y el 84 por ciento estaba sano(a) cuando fue atendido(a) por primera vez.

Aún cuando la gran mayoría de niños(as) fueron llevados(as) a control, sólo el 41 por ciento tuvo el primero antes de cumplir un mes de edad, lo que indica que esa sería la máxima proporción que tuvo "atención del(a) recién nacido(a)". Como se observa en la Gráfica 42, en ningún departamento se ha logrado una cobertura apropiada de la atención del(a) recién nacido(a), ya que la máxima cobertura la alcanzó el departamento de Ahuachapán con un nivel del 60 por ciento. Los departamentos de Chalatenango, La Libertad, Cuscatlán, La Paz y Morazán se encuentran en el segundo lugar con una cobertura entre el 50 y 55 por ciento.

Al igual que en FESAL-98, los establecimientos del MSPAS se mantienen sin variación como la mayor fuente para este servicio, ya que en ellos se atendió al 81 por ciento de los(las) niños(as) que lo recibieron. Esta cifra varía del 92 por ciento para quienes residen en el área rural al 69 por ciento para quienes residen en la urbana y de un 95 por ciento en los departamentos de Cabañas, San Vicente y La Unión a un 65 por ciento en el de San Salvador. Por su parte, el ISSS tiene su mayor participación con este servicio en el área urbana (22 por ciento) y en los departamentos de San Salvador, La Paz y Cuscatlán (27, 14 y 12 por ciento, respectivamente).

Niveles de inmunización

Hasta FESAL-98, se mantuvo como criterio que un(a) niño(a) tenía el esquema completo de vacunación con BCG y Sarampión cuando le habían aplicado una dosis, y para Polio y DPT cuando le habían aplicado tres dosis. Para FESAL-2002/03,

el criterio incluye la Pentavalente en combinación o sustitución de la DPT y la SPR/MMR en sustitución de la vacuna contra el Sarampión.

La BCG previene formas invasoras de Tuberculosis, la Polio oral protege contra la Poliomielitis, la DPT contra la Difteria-Tétanos-Tosferina y la Pentavalente adicionalmente contra la Hepatitis B y la Haemophilus influenzae tipo B. La SPR/MMR (triple viral) protege contra el Sarampión, Paperas y Rubeola.

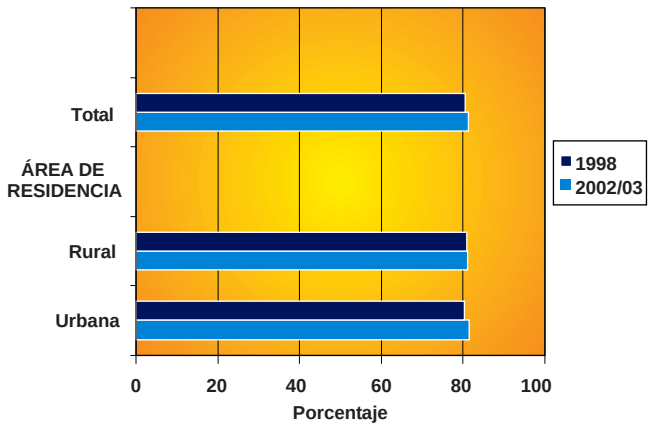
Es conveniente aclarar que los datos que se presentan en las gráficas 43 y 44 están basados, tanto en las dosis documentadas en el carné de vacunación, como en las dosis que la madre reportó que el(la) niño(a) tenía aplicadas, sin mostrar documentación alguna, y que atendiendo a la norma de que la SPR/MMR es aplicada al año de edad, para evaluar el esquema conjunto de los 4 esquemas completos de vacunación, en el denominador entran las y los niños de 12 a 59 meses de edad.

Con esta salvedad, los resultados indican que el 81 por ciento de cobertura con el esquema completo de inmunización de los(las) niños(as) menores de 5 años, estimado en FESAL-2002/03 es idéntico al estimado en FESAL-98. En la Gráfica 43 se muestra lo ocurrido en el país, según área de residencia, donde se observa que esta medida resumen únicamente se ha incrementado en un punto porcentual en el área urbana, pero aún cuando las coberturas se han nivelado por área de residencia, el promedio nacional esconde los diferenciales por departamento. La Gráfica 44 muestra que esta medida resumen varía desde el 75 por ciento en los departamentos de Sonsonate y Usulután, hasta al 86 por ciento en Ahuachapán y Cuscatlán.

El 81 por ciento de niños(as) de 12 a 59 meses de edad tenía el esquema completo de inmunización, pero la cifra varía por departamento entre el 75 y 86 por ciento.

Gráfica 43

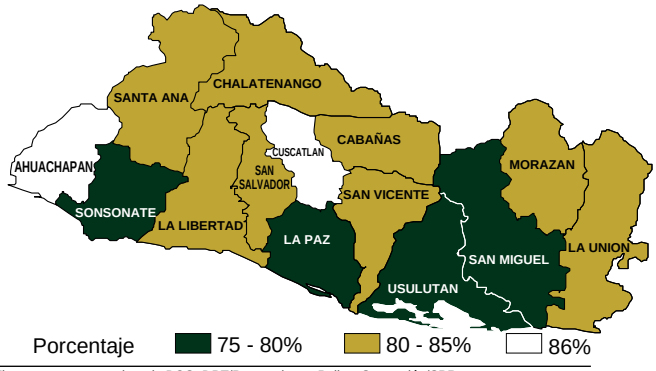
Esquema completo de inmunización con las 4 vacunas en conjunto*, por área de residencia: 1998 y 2002/03



* Tiene esquema completo de BCG, DPT/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR.

Gráfica 44

Esquema completo de inmunización con las 4 vacuna en conjunto*, por departamento



* Tiene esquema completo de BCG, DPT/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR.

Un indicador de los niveles de inmunización en las y los niños menores de un año (de 9 a 11 meses), es la cobertura con tres dosis de DPT o Pentavalente. Los resultados indican que el 72 por ciento tiene aplicadas tres dosis. Esta cifra baja del 76 por ciento en el área urbana al 69 por ciento en el área rural.

Prevalencia y tratamiento de la diarrea y de las infecciones respiratorias

El análisis de la salud de los(las) niños(as) menores de 5 años también comprende las estimaciones de prevalencia y tratamiento de las enfermedades diarreicas, así como de las infecciones respiratorias. Ello obedece a que estas morbilidades están asociadas fuertemente a la mortalidad postneonatal (1 a 11 meses) y en la niñez (1 a 4 años cumplidos) en El Salvador.

Del total de niños(as) menores de 5 años de edad, el 14 por ciento tuvo diarrea en las últimas dos semanas previas a la entrevista. El porcentaje reportado en el área rural (16 por ciento) es 4 puntos porcentuales más alto que en la urbana y varía del 10 por ciento en los departamentos de San Salvador y Usulután al 25 por ciento en Cabañas. La prevalencia de diarrea es más frecuente entre los(las) niños(as) con un año cumplido (20 por ciento) y presenta una relación inversa con respecto al nivel educativo de la madre.

Alrededor de 15 de cada 100 niños(as) menores de 5 años tuvieron diarrea, pero sólo uno de cada 2 de ellos(as) recibió sales de rehidratación oral en su tratamiento.

Ya sea que fueran combinados o no con otros tratamientos, del total de niños(as) que tuvieron diarrea, el 51 por ciento recibió sales de rehidratación oral (sobres), cifra que aumenta del 47 por ciento para quienes reportaron síntomas asociados a diarrea con o sin deshidratación no grave al 63 por ciento para quienes reportaron síntomas asociados a diarrea con deshidratación

grave (Gráfica 45). También cabe señalar que durante el último episodio de diarrea, las madres reportaron haber dado más líquidos que los acostumbrados en un 46 por ciento de los casos, el 51 por ciento que no cambió la cantidad y un 3 por ciento que dio al(a) niño(a) menos líquidos que lo acostumbrado.

La prevalencia de infecciones respiratorias, definida como la presencia de al menos tos o resfriado, fue del 42 por ciento, cifra que sube del 39 por ciento en el área urbana o del nivel socioeconómico alto al 45 por ciento en el área rural o del nivel socioeconómico bajo. Según departamento se mueve en un rango que va del 36 por ciento en Santa Ana y Sonsonate al 60 por ciento en Cuscatlán.

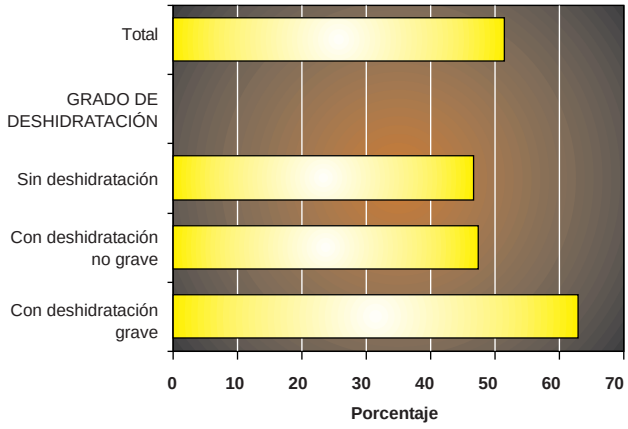
Según los síntomas reportados por la madre, la prevalencia del 42 por ciento de infecciones respiratorias al nivel nacional, puede asociarse a las siguientes categorías: 10 por ciento con Neumonía grave y Sibilancia, uno por ciento con Neumonía grave, 9 por ciento con Neumonía y Sibilancia, 6 por ciento con Neumonía sola, 3 por ciento con Sibilancia sola, 7 por ciento con Tos o resfriado y alguna enfermedad muy grave (distinta de neumonía) y 6 por ciento con sólo Tos o resfriado.

De cada 10 niños(as) menores de 5 años, 4 tuvieron infección respiratoria y para uno(a) de cada 4 la madre reportó síntomas asociados a neumonía

La Gráfica 46 muestra que los síntomas reportados por la madre, que pueden asociarse a una neumonía (grave o no grave), descienden en forma inversa al nivel educativo de la madre o del nivel socioeconómico de la vivienda. También se observa que en las viviendas donde cocinan con leña o kerosene, los síntomas asociados con la neumonía representan 8 puntos porcentuales más que donde cocinan con gas propano o electricidad (30 entre las primeras contra 22 por ciento en las segundas).

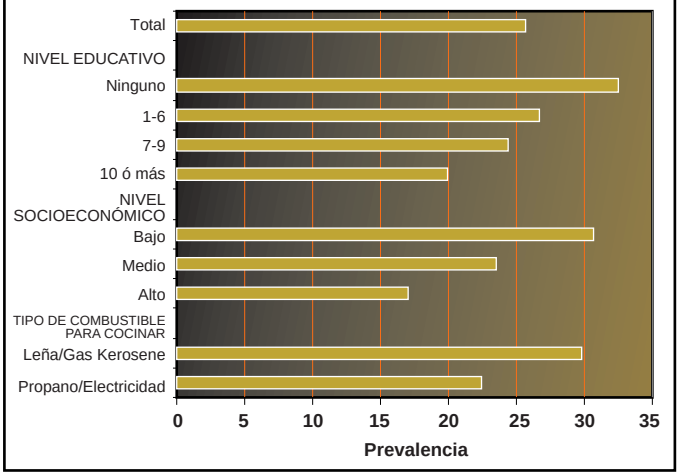
Gráfica 45

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral, según clasificación de la diarrea de acuerdo a los síntomas reportados



Gráfica 46

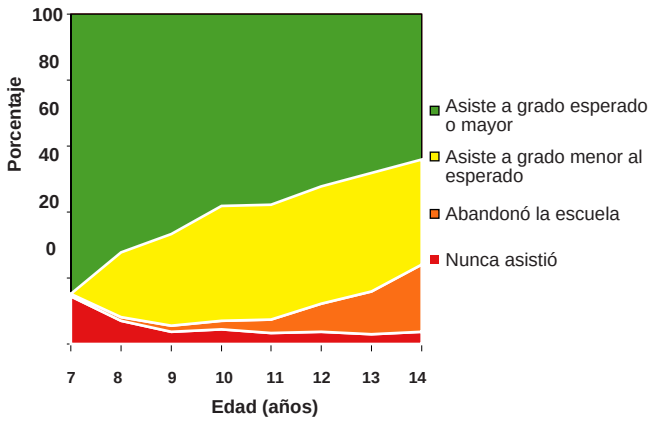
Prevalencia de síntomas reportados que pueden asociarse a neumonía, según características seleccionadas



Situación escolar de la población de 7 a 14 años

Gráfica 47

Asistencia escolar en 2002, por edad actual*



* Edad calculada al inicio del año 2002.

Asistencia escolar

En forma muy similar a FESAL-98, en la presente encuesta se incluyó un módulo para investigar la situación escolar de la población de 7 a 14 años de edad, ya que el nivel educativo de la población en general se constituye en uno de los determinantes centrales del desarrollo económico y social de un país o región. Las encuestas de esta naturaleza presentan una oportunidad singular para ofrecer al sistema educativo, nuevos elementos de juicio que le permitan evaluar el estado actual de la educación básica en El Salvador.

De acuerdo a los resultados de FESAL-2002/03, el ingreso a edad temprana al primer grado es muy común en El Salvador, ya que según lo reportado por las madres, prácticamente uno(a) de cada tres comenzó a estudiar antes de los 7 años cumplidos. Acumulando esta proporción con la que entró de 7 años cumplidos, se puede mencionar que el 79 por ciento entró a primer grado con 7 ó menos años. Por el contrario, la proporción que entró al primer grado con 8 ó más años cumplidos o que aún no lo había comenzado (21 por ciento) asciende del 6 por ciento para los(las) niños(as) cuyas madres tienen 10 años o más de escolaridad al 38 por ciento para los(las) niños(as) cuyas madres no tienen educación formal.

Del total de niños(as) de 7 a 14 años de edad, el 88 por ciento estaba estudiando durante el año escolar de 2002 y el 62 por ciento asistía al grado esperado o a uno superior. El porcentaje que no estaba estudiando (ya sea que nunca asistió o había abandonado los estudios), asciende del 7 por ciento entre los(las) niños(as) con 10 años de edad al 24 por ciento entre los(las) de 14 años.

Prácticamente 6 de cada 10 niños(as) en edad escolar asisten al grado esperado para su edad o a uno superior, el resto ha experimentado barreras para su desarrollo educativo normal.

Para apreciar mejor la importancia relativa de las tres barreras antes señaladas, en la Gráfica 47 se presentan los resultados, considerando la distribución de la población en edad escolar en cada edad específica, donde se observa que el porcentaje que nunca ha asistido a la escuela o colegio baja del 15 por ciento entre los(las) niños(as) de 7 años al 7 por ciento entre los(las) de 8 años y varía del 3 al 4 por ciento entre los(las) de 9 a 14 años. El abandono escolar es más crítico a partir de los 12 años de edad, subiendo rápidamente del 9 por ciento a partir de esa edad al 20 por ciento entre los(las) de 14 años.

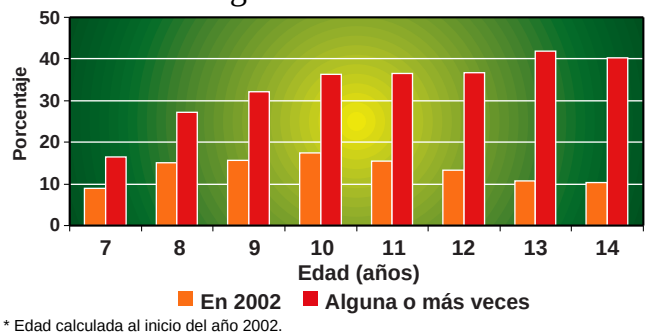
La mayoría de las razones para el abandono escolar que fueron reportadas por las madres se pueden atribuir a la demanda. Entre estas sobresalen las siguientes: "Ya no quiso o no le gustó" (32 por ciento), "por problemas económicos" (20 por ciento), "por bajo rendimiento" (11 por ciento), "por problemas familiares" (9 por ciento), y "tenía que trabajar" (5 por ciento).

Repitencia escolar

De los(las) niños(as) que estudiaban en el año 2002, el 14 por ciento estaba repitiendo grado en ese año y uno(a) de cada 3 estaba repitiendo en ese año o había repetido al menos una vez en los años anteriores al 2002. En la Gráfica 48 se puede apreciar que la proporción que estaba repitiendo grado en el 2002 asciende del 9 por ciento entre quienes tenían 7 años de edad al 18 por ciento entre quienes tenían 10 años de edad y desciende al 10 por ciento entre los(las) de 14 años. La gráfica también resalta que la proporción de niños(as) que estaba repitiendo en ese año o había repetido una ó más veces en los años anteriores al 2002 asciende del 16 por ciento entre los(las) que tenían 7 años de edad al 42 por ciento entre los(las) que tenían 13 años, cifra que baja levemente al 40 por ciento entre los(las) de 14 años de edad al principio del 2002. Obviamente esta situación afecta la estimación de la cobertura del sistema educativo, particularmente de la educación básica.

Gráfica 48

Niños(as) que repitieron grado en 2002 y que han repetido alguna o más veces, según edad actual*



* Edad calculada al inicio del año 2002.

El 14 por ciento de niños(as) de 7 a 14 años estaba repitiendo grado en el 2002 y uno(a) de cada 3 estaba repitiendo en ese año o al menos había repetido una vez en los años anteriores al 2002.

La proporción que estaba repitiendo grado en el 2002 sube del 10 por ciento en el área urbana al 18 por ciento en el área rural y la que estaba repitiendo en ese año o había repetido al menos una vez en los años anteriores sube del 25 al 41 por ciento, respectivamente.

El bajo rendimiento fue la razón más frecuente que dieron las madres para que sus hijos estuvieran repitiendo grado en el 2002 (71 por ciento). Otras razones reportadas arriba del uno por ciento fueron: "No terminó el año anterior" (10 por ciento), "discapacidad física o mental" (5 por ciento) y "problemas familiares" (4 por ciento). La razón "bajo rendimiento" fue más reportada para quienes estaban estudiando el tercer o séptimo grado en el año 2002 (alrededor del 77 por ciento).

DATOS BÁSICOS DE LA ENCUESTA CON MUJERES

Indicadores Demográficos, 2003 (cifras oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos)*	**Total**	**Urbana**	**Rural**
Población total estimada de mujeres	3,376,230	2,041,140	1,335,090
Población de menores de 1 año	162,479	87,126	75,353
Población de menores de 5 años	807,368	429,782	377,586
Población de 7 a 14 años de edad	1,182,079	667,855	514,224
Población de mujeres en edad fértil:			
de 15 a 44 años	1,613,927	997,707	616,220
de 15 a 49 años	1,758,578	1,093,958	664,620
Esperanza de vida al nacer (años) mujeres	73.7	75.5	70.9
Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-2002/2003	**Total**	**Urbana**	**Rural**
Tamaño de la muestra			
Viviendas seleccionadas	18,450	10,260	8,190
Viviendas con mujeres elegibles	11,723	6,355	5,368
Población de la muestra			
Mujeres de 15 a 49 años de edad	10,689	5,657	5,032
Mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad	6,188	3,080	3,108
Mujeres de 15 a 24 años de edad	3,753	1,920	1,833
Mujeres de 15 a 19 años de edad	1,839	911	928
Nacidos/as vivos/as de noviembre/97 a octubre/2002	5,868	2,431	3,437
Características de las viviendas (%)			
Cuenta con servicio de agua	63.4	83.0	37.8
Cuenta con servicio de agua continuo	46.5	65.7	21.3
No dispone de inodoro/letrina	9.5	2.4	18.8
Cocina con leña	32.8	10.1	62.7
Tiene electricidad	86.9	96.3	74.6
Características de las entrevistadas (años)			
Edad promedio	28.7	28.9	28.6
Educación promedio	7.1	8.7	4.9
Fecundidad y sus determinantes			
Tasa global de fecundidad observada (hijos/as por mujer)	2.97	2.37	3.77
Tasa global de fecundidad deseada (hijos/as por mujer)	2.20	1.78	2.76
Tasa global de fecundidad no deseada (hijos/as por mujer)	0.77	0.59	1.01
Mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad (%)	55.7	52.9	59.3
Edad promedio a la primera relación sexual (años)	17.7	18.1	17.1
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	18.4	18.8	17.8
Edad mediana a la primera unión (años)	19.8	20.7	18.8
Edad mediana al primer nacimiento (años)	20.5	21.0	19.7
Planificación familiar (%)			
Condición de uso de anticonceptivos (casadas/unidas de 15 a 44 años de edad):			
Usa actualmente	67.3	73.4	60.1
Ha usado pero no usa	17.7	16.2	19.3
Nunca ha usado	15.1	10.4	20.6
Tipo de método que usa:			
Temporales	33.9	34.9	32.8
Esterilización femenina	33.3	38.5	27.3
MSPAS como fuente	56.7	46.2	71.5

* Proyección de la Población de El Salvador 1995-2025. Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía. San Salvador, diciembre de 1996.

Salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (%)	Total	Urbana	Rural
Mujeres con experiencia sexual	51.7	52.2	51.0
Mujeres con experiencia sexual premarital	37.6	42.6	31.2
Uso de anticonceptivos en primera relación sexual	17.7	23.4	10.3
Mujeres alguna vez embarazadas	40.9	38.3	44.3
Mujeres con embarazo premarital	18.1	20.6	14.9
Actividad sexual reciente (últimos 3 meses):			
Mujeres de 15 a 19 años	23.6	24.0	23.2
Mujeres de 20 a 24 años	55.7	57.8	52.9
VIH/SIDA (%)			
Conoce tres formas de prevención	60.2	64.3	54.8
Se hizo prueba de VIH voluntariamente	6.1	8.0	3.4
Uso del condón en última relación sexual	5.7	7.0	3.9
Cree que tiene algún riesgo de infectarse	26.3	31.1	19.6
Violencia de pareja (%)			
Reporta alguna forma de violencia en últimos 5 años	21.8	23.6	19.4
Violada con penetración (alguna vez en la vida)	6.0	6.6	5.1
Salud materna			
Razón de mortalidad materna 1993-2002 (por 100,000 n.v.)	172	N/D	N/D
Con auto examen de mamas (%)	21.3	27.8	12.7
Uso del control prenatal (%):			
En el primer trimestre	66.0	73.6	59.5
Con 5 ó más controles	71.2	79.4	64.2
Atención hospitalaria del parto (%)	69.4	87.3	54.1
Uso del control postparto antes de los 2 meses (%)	48.2	54.5	42.8
Tasa total de partos por cesárea (%)	22.0	29.5	14.8
Mortalidad infantil y en la niñez (por 1,000 n.v.)			
Tasa de mortalidad neonatal	13.1	13.5	12.9
Tasa de mortalidad postneonatal	11.5	11.3	11.6
Tasa de mortalidad infantil	24.6	24.8	24.4
Tasa de mortalidad en la niñez **	6.0	4.0	7.8
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	30.5	28.7	32.1
Lactancia materna y nutrición materno infantil (%)			
Niños(as) que nunca fueron amamantados(as)	5.6	6.4	4.9
Niños(as) de 0-5 meses con lactancia exclusiva	15.8	11.9	19.2
Niños(as) de 3-59 meses con:			
Desnutrición crónica (baja Talla por Edad)	18.9	11.0	25.6
Desnutrición aguda (bajo Peso por Talla)	1.4	1.3	1.4
Desnutrición global (bajo Peso por Edad)	10.3	6.9	13.2
Prevalencia de anemia en niños(as) de 12-59 meses	19.8	15.8	23.1
Prevalencia de anemia en madres de niños(as) menores de 5 años	8.8	8.5	9.1
Prevalencia de obesidad en madres de niños(as) menores de 5 años	18.4	22.4	14.4
Salud del/a niño/a (%)			
Uso del control del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años en el primer mes	41.2	36.5	45.3
Inmunización completa con DPT3/Pentavalente en niños(as) de 6-11 meses de edad	72.2	75.9	68.6
Inmunización completa con las 4 vacunas: BCG, DPT /Pentavalente, Polio y Sarampión :			
En niños/as de 12 a 23 meses	69.8	69.9	69.7
En menores de 5 años	81.2	81.4	81.0
Prevalencia de diarrea en menores de 5 años	13.9	11.7	15.9
Uso de sales de rehidratación oral	51.4	55.0	49.0
Prevalencia de infecciones respiratoria en menores de 5 años	42.3	39.3	45.0
Asistencia escolar de la población de 7 a 14 años de edad (%):			
Asiste actualmente	88.4	92.0	84.9
Asiste al grado esperado o mayor	61.7	72.1	51.9

** Se refiere a las defunciones que ocurren después de cumplir un año y antes de cumplir 5 años de edad (por 1,000 niños/as que sobreviven a su primer cumpleaños).

DATOS BÁSICOS DE LA ENCUESTA CON HOMBRES

Indicadores Demográficos, 2003 (cifras oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos)*	**Total**	**Urbana**	**Rural**
Población total estimada de hombres:	3,261,938	1,891,429	1,370,509
Población de 15 a 59 años de edad	1,871,073	1,110,476	760,597
Población de 15 a 24 años de edad	667,928	361,633	306,295
Esperanza de vida al nacer (años) hombres	67.7	70.7	64.0
Encuesta Nacional de Salud Masculina ENSM-2003	**Total**	**Urbana**	**Rural**
Tamaño de la muestra			
Viviendas seleccionadas	2,700	1,770	930
Viviendas con hombres elegibles	1,650	1,077	573
Población de la muestra			
Hombres de 15 a 59 años de edad:	1,315	852	463
Hombres de 15 a 24 años de edad	414	286	128
Hombres de 15 a 19 años de edad	204	138	66
Características de los entrevistados (años)			
Edad promedio	32.6	31.1	34.0
Educación promedio	6.8	9.3	4.6
Fecundidad y sus determinantes			
Casados/unidos de 15 a 59 años de edad (%)	56.9	53.9	59.8
Ha engendrado hijos con mujeres que nunca se casó (%)	8.9	9.6	8.3
Edad promedio a la primera relación sexual (años)	15.5	15.2	15.9
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	16.0	15.6	16.4
Edad mediana a la primera unión (años)	22.5	23.4	22.0
Edad mediana al primer nacimiento (años)	24.2	24.9	23.7
Planificación familiar (%)			
Condición de uso de anticonceptivos casados/unidos de 15 a 59 años de edad:			
Usa actualmente	68.1	74.6	62.8
Ha usado pero no usa	15.3	15.9	14.7
Nunca ha usado	16.6	9.5	22.5
Uso de condón / vasectomía	4.8	5.6	3.9
Interés en vasectomía	12.7	14.9	10.5

* Proyección de la Población de El Salvador 1995-2025. Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía. San Salvador, diciembre de 1996.

	Total	Urbana	Rural
Salud reproductiva en hombres de 15 a 24 años de edad (%)			
Hombres con experiencia sexual	66.4	75.1	56.9
Hombres con experiencia sexual premarital	65.0	74.2	54.8
Uso de anticonceptivos en primera relación sexual	28.1	32.5	23.3
VIH/SIDA (%)			
Conoce tres formas de prevención	46.3	45.1	47.5
Se hizo prueba de VIH voluntariamente	4.9	8.1	1.8
Uso del condón en última relación sexual	20.3	24.0	16.7
Relaciones con MTS (alguna vez)	46.2	46.6	45.8
Relaciones con más de una pareja en último año	22.8	25.3	20.2
Violencia de Pareja (%)			
Ha sido objeto de alguna forma de violencia en últimos 5 años	22.2	26.8	17.9
Ha ejercido alguna forma de violencia en últimos 5 años	16.8	20.7	13.1
Violado con penetración (alguna vez en la vida)	0.7	0.6	0.8
Morbilidad masculina y conductas de riesgo (%)			
Ha visitado establecimiento de salud en último año	56.0	66.3	46.6
Con incapacidad médica reciente (últimos 3 meses)	9.2	10.5	8.1
Examen de próstata (alguna vez) > 39 años	2.9	5.4	1.4
Indicadores de paternidad responsable (%)			
Acompañamiento a control prenatal	57.1	66.3	50.5
Acompañamiento a lugar del nacimiento	70.3	71.2	69.6
Acompañamiento al control de crecimiento y desarrollo del/a menor de 5 años	59.0	67.6	52.7
Ha reconocido hijos(as) legalmente	94.3	91.9	96.0

www.ads.fesal.org.sv

Información adicional en Español sobre el contenido del presente informe puede solicitarse comunicándose a la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) a la siguiente dirección: 25 Avenida Norte # 583, Edificio Pro-Familia, Apartado Postal 1338, San Salvador, El Salvador, C.A., Fax (503) 244-8179 y teléfonos (503) 244-8107, 244-8106, 244-8148, E-mail dirped@ads.org.sv ó evalua@ads.org.sv ó juan.salguero@ads.org.sv . Información adicional en Inglés puede solicitarse comunicándose a la División de Salud Reproductiva de U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Mailstop K-35, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, Georgia 30341-3717, USA. Fax (770) 488-6200, teléfono (770) 488-6242, E-mail zux3@cdc.gov.

Este informe también está disponible en la página Web de la encuesta:

www.ads.fesal.org.sv

ESTA PUBLICACIÓN HA SIDO POSIBLE GRACIAS AL APOYO PROPORCIONADO POR LA AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID) EN EL SALVADOR, BAJO LOS TÉRMINOS DEL CONVENIO No. 5 I9-A-00-99-00092-00. Los puntos de vista y opiniones de los autores expresadas aquí, no necesariamente reflejan aquellos de USAID o del Gobierno de los EUA.

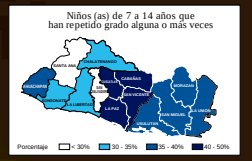
República de El Salvador, C.A.

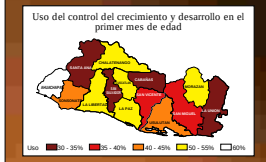
Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2002/2003 (FESAL-2002/03)

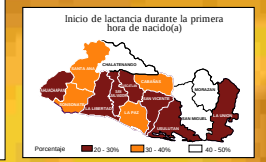
INDICADORES DEPARTAMENTALES DE LA ENCUESTA CON MUJERES

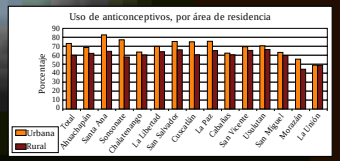
DEPARTAMENTO / INDICADOR	Total	Urbana	Rural	Ahuachapán	Santa Ana	Sonsonate	Chalatenango	La Libertad	San Salvador	Zonas de San Salvador: Centro	Occidente	Sur	Norte	Oriente	Cuscatlán	La Paz	Cabañas	San Vicente	Usulután	San Miguel	Morazán	La Unión
Indicadores Demográficos, 2003 (cifras oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos)*																						
Población estimada	6,638,168	3,932,569	2,705,599	340,243	583,804	483,176	200,645	743,757	2,119,172						208,725	307,836	155,352	166,957	343,964	510,824	176,646	297,067
Población de menores de 1 año	162,479	87,126	75,353	9,758	13,903	13,481	5,899	18,588	43,731						5,584	8,547	4,446	4,500	8,397	12,707	5,012	7,926
Población de menores de 5 años	807,368	429,782	377,586	47,535	69,067	66,117	28,885	91,145	220,677						27,777	42,058	22,154	22,105	42,101	62,711	24,938	40,098
Población de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años	1,758,578	1,093,958	664,620	83,677	152,859	121,231	43,866	199,119	626,625						52,007	75,047	34,433	39,506	86,902	133,060	39,834	70,412
Esperanza de vida al nacer (años)	70.6	73.1	67.4	69.1	71.7	70.8	67.0	71.1	72.3						70.1	69.0	66.3	67.8	70.4	70.8	66.9	69.4
Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-2002/03)																						
• Características de la vivienda (%):																						
Cuenta con servicio de agua continuo	46.5	65.7	21.3	31.1	49.0	35.6	39.0	40.1	70.2	90.9	74.1	60.4	64.5	75.9	25.4	30.9	24.1	19.9	34.7	35.4	29.0	25.6
No dispone de inodoro/letrina	9.5	2.4	18.8	13.7	7.1	13.0	23.2	11.7	2.1	1.1	1.0	4.8	1.4	3.1	4.5	10.6	19.1	19.0	10.2	8.8	17.5	28.0
Cocina con leña	32.8	10.1	62.7	57.7	37.2	51.2	56.2	32.3	6.0	1.9	4.5	12.2	7.8	1.1	46.0	47.7	58.1	53.9	54.3	36.7	60.8	45.7
• Fecundidad																						
Tasa global de fecundidad (hijos/as por mujer)	2.97	2.37	3.77	3.64	2.95	3.66	3.49	3.02	2.39	2.27	2.04	3.11	2.56	1.98	3.71	3.50	4.15	3.79	2.77	2.54	3.48	3.15
• Planificación familiar																						
Prevalencia de uso de anticonceptivos	67.3	73.4	60.1	63.3	72.7	66.6	61.1	66.2	74.3	75.5	78.6	71.6	70.5	80.0	64.2	69.0	46.1	66.3	67.6	61.0	46.8	47.9
MSPAS como fuente de anticonceptivos	56.7	46.2	71.5	69.0	53.9	60.7	71.5	59.8	41.9	45.6	46.4	58.9	36.0	37.6	57.7	66.8	74.5	83.3	71.3	66.1	72.6	68.1
• Salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años																						
Edad promedio a la primera relación sexual	16.4	16.7	16.1	16.4	16.2	15.9	15.8	16.1	16.9	16.8	16.3	16.4	17.3	17.0	16.3	15.8	16.3	16.3	16.8	16.7	16.4	16.1
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual (%)	17.7	23.4	10.3	15.1	16.5	13.3	13.4	10.0	28.3	20.7	16.6	25.6	34.6	30.1	11.9	13.4	9.6	14.2	8.7	12.4	7.0	8.3
Mujeres de 15 a 19 años activas sexualmente (%)	23.6	24.0	23.2	17.3	16.1	38.1	16.5	25.2	23.6	22.4	21.9	21.1	25.0	24.4	31.4	37.1	20.1	35.3	16.5	17.9	10.7	14.6
• Salud materna (%)																						
Uso del control prenatal en primer trimestre	66.0	73.6	59.5	57.8	62.9	61.8	68.6	59.7	72.3	68.5	69.0	66.2	74.5	78.5	58.7	67.8	57.7	64.7	64.8	69.3	64.3	71.2
Atención intrahospitalaria del parto	69.4	87.3	54.1	52.8	73.5	55.3	55.8	58.2	91.4	91.4	96.4	77.7	92.6	97.5	60.3	59.1	62.5	59.4	69.2	69.2	49.6	62.7
Uso del control postparto antes de los 2 meses	48.2	54.5	42.8	48.7	44.3	53.5	58.1	40.5	56.4	50.2	61.1	47.0	58.1	60.0	53.7	48.8	31.5	35.5	35.5	39.4	41.3	43.9
• VIH/SIDA (%)																						
Conoce 3 formas de prevención	60.2	64.3	54.8	51.7	63.3	59.7	55.9	63.9	65.2	71.0	70.9	63.0	60.3	68.3	58.3	52.4	51.2	54.6	55.5	55.7	65.0	51.0
Se hizo prueba de VIH voluntariamente	6.1	8.0	3.4	4.2	4.6	4.0	2.7	3.7	8.5	9.4	8.8	7.5	9.1	7.5	7.1	5.9	6.2	5.0	4.6	6.5	4.5	4.7
Uso del condón en última relación sexual	5.7	7.0	3.9	4.4	4.6	4.2	3.0	3.6	8.0	6.4	6.5	7.1	9.7	7.2	4.4	5.6	4.4	3.5	6.4	6.4	5.3	2.0
• Violencia de pareja en últimos 5 años (%)																						
Reporta violencia física	6.6	7.2	5.7	8.3	4.7	7.2	4.5	6.6	6.8	6.1	5.7	5.7	8.3	5.7	9.8	12.6	3.8	4.3	5.6	4.1	3.2	5.7
Reporta violencia psicológica/sexual/patrimonial/otra	21.4	23.2	18.9	18.1	21.5	22.4	18.6	19.7	23.6	25.2	22.0	23.4	23.0	25.7	32.9	27.8	13.4	20.4	17.0	14.7	18.7	13.1
• Lactancia materna y nutrición materno infantil (%)																						
Niños(as) que nunca fueron amamantados(as)	5.6	6.4	4.9	4.0	4.5	7.0	6.4	6.3	5.0	8.8	7.5	5.8	1.8	8.3	5.8	5.0	6.8	6.5	11.1	6.0	3.4	4.2
Prevalencia de desnutrición crónica (Baja Talla por Edad)	18.9	11.0	25.6	36.0	26.2	22.1	23.4	18.3	12.3	7.4	10.0	20.6	12.0	8.7	33.7	18.4	20.8	12.2	10.6	15.3	22.9	16.7
Prevalencia de anemia en niños(as) de 12 a 59 meses	19.8	15.8	23.1	27.3	22.0	22.7	26.4	22.8	14.1	29.7	11.5	14.1	10.6	19.8	17.9	20.9	19.6	20.0	15.8	20.6	23.7	22.6
Prevalencia de anemia en madres de niños(as) menores de 5 años	8.8	8.5	9.1	8.2	11.2	7.7	8.1	7.7	8.2	10.6	11.1	9.3	5.8	9.5	13.1	13.4	7.6	5.8	5.6	7.5	9.3	12.2
• Salud del/a niño/a (%)																						
Uso del control del crecimiento y desarrollo en el primer mes	41.2	36.5	45.3	60.5	33.4	44.4	52.3	50.9	31.0	40.7	32.4	38.0	25.8	30.6	52.7	52.6	34.7	39.4	40.9	35.8	53.0	34.0
Esquema completo de inmunización con las 4 vacunas	81.2	81.4	81.0	85.5	83.1	75.1	83.2	83.6	82.4	82.7	81.6	85.3	83.3	77.6	86.5	76.4	83.6	82.6	75.4	75.6	81.4	83.0
Prevalencia de diarrea en menores de 5 años	13.9	11.7	15.9	13.6	12.8	12.9	17.5	11.9	9.7	11.8	7.4	11.7	8.1	12.9	21.2	19.0	25.2	21.4	10.3	16.5	16.8	15.3
Prevalencia de infecciones respiratorias en menores de 5 años	42.3	39.3	45.0	45.9	35.9	35.8	49.3	42.2	40.0	47.3	44.5	37.0	36.3	45.2	59.8	41.0	48.2	40.0	47.3	43.4	48.1	46.2
• Asistencia escolar, población 7 a 14 años (%)																						
Asiste actualmente	88.4	92.0	84.9	85.3	83.0	84.6	90.5	88.1	92.6	87.0	92.7	92.9	91.2	97.3	91.1	85.8	87.2	85.2	85.5	91.2	88.3	85.0
Asiste al grado esperado o mayor	61.7	72.1	51.9	56.7	61.1	51.8	63.3	59.5	71.4	66.7	78.9	67.6	67.7	77.7	61.0	54.1	50.7	55.8	57.0	66.8	55.1	53.8

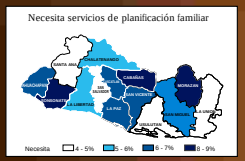
* Proyección de la Población de El Salvador 1995-2025. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía. San Salvador, diciembre de 1996.
NOTA: Los intervalos de confianza para estos indicadores serán presentados en el informe final de la encuesta FESAL-2002/03.

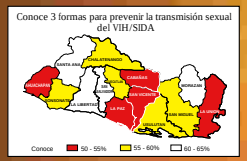


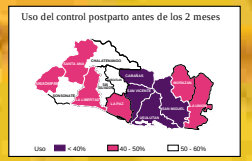












ESTA PUBLICACION HA SIDO POSIBLE GRACIAS AL APOYO PROPORCIONADO POR LA AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID) EN EL SALVADOR, BAJO EL CONVENIO No. 519-A-00-99-000-92-00